



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GRAZIELA LASTÓRIA BONATTI

**NOÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA:
PROBLEMATIZAÇÕES DO TRABALHO DO PSICÓLOGO**

Londrina
2023

GRAZIELA LASTÓRIA BONATTI

**NOÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA:
PROBLEMATIZAÇÕES DO TRABALHO DO PSICÓLOGO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 2.

Orientador: Prof. Dra Eneida Silveira Santiago

Londrina
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

B699n Bonatti, Graziela Lastória.
Noções de atenção à saúde mental na infância: problematizações do trabalho do psicólogo / Graziela Lastória Bonatti. - Londrina, 2023.
250 f. : il.

Orientador: Eneida Silveira Santiago.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2023. Inclui bibliografia.

1. saúde mental infantil - Tese. 2. psicólogo - Tese. 3. infância - Tese. 4. CAPSi - Tese. I. Silveira Santiago, Eneida. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

GRAZIELA LASTÓRIA BONATTI

**NOÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA:
PROBLEMATIZAÇÕES DO TRABALHO DO PSICÓLOGO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 2.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dra. Eneida Silveira Santiago
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Alexandre Bonetti Lima
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dra. Ananda Kenney da Cunha Nascimento.
Universidade Estadual Paulista (UNESP-Assis)

Londrina, 27 de novembro de 2023.

Dedico este trabalho às crianças, às pessoas que criam, que sorriem e caem, que persistem em viver e subjetivar como as crianças.

Em especial, dedico em memória ao Valdecir Coss: que nos presenteou com sua alma de criança.

AGRADECIMENTO (S)

Tantas peças compõem o percurso do quebra-cabeça que foi chegar até aqui. Deus me deu uma nova chance (re)viver e respirar ao final do ano passado. E em meio ao caos que é a vida adulta eu tive o auxílio e suporte de pessoas que foram meus botes salva-vidas. Eu sou grata a Deus pela vida e por ter me abençoado colocando ao meu lado pessoas tão especiais.

Sou grata pela minha mãe que sempre me embalou nos seus braços quando eu mais precisei. Quando eu era criança mamãe cantava canções de ninar e deixava seu cheirinho de proteção em suas blusas quando saía para trabalhar. Ela cozinhava as melhores comidas mesmo após chegar cansada do trabalho. Ela sempre foi elogiada por ser uma ótima profissional da área da saúde, mas para além disso ela é uma mãe incrível. Eu tenho orgulho, admiro e amo muito ela. Ela me ensinou sobre luta, carinho, respeito e cuidado. E hoje eu levo isso em meus atendimentos com as crianças. Meu pai, um “cara” sério, bruto, mas também engraçado e brincalhão, me ensinou a arte de viver de forma mais pacífica. Me ensinou a comer doces, rir e brincar. Eu te amo mamãe e eu te amo pai! Agradeço também à minha família!

Nesta gangorra que é viver, esteve presente a minha grande amiga Ellen, a irmã que não é de sangue, mas é de coração, é de histórias, é de gargalhadas, é de aprendizado, é de força. Agradeço a ela por estar comigo nos altos e baixos. À Tati, minha recente amiga, eu agradeço por estar nesta corrida que é ser adulto. E, também, por ela nunca me abandonar nas brincadeiras de crianças que insistimos em fazer viver nesta nova etapa da vida. Ao Felipe eu sou grata por ser meu amigo de alma e peito aberto, por estar comigo mesmo de longe me ouvindo e apoiando. Ao meu irmão Caio, agradeço por seu abraço apertado e amor sincero. À Stefhany, à Maysa, à Raquel, à Débora eu sou grata por me fazer balançar de forma divertida nos dias corridos e chatos. À Rafa eu agradeço por sentar no banco da praça e tomar sorvete

comigo, por passear nas praças com paisagens bonitas. Por me apresentar risadas e alegria, por trazer vida corriqueiramente, e por ter dado à luz, recentemente, à nova vida mais linda, que é a Catarina.

É sempre desafiador conciliar o nosso trajeto profissional com o pessoal. Às vezes, como na amarelinha, avançamos algumas casas, mas temos que voltar porque caímos, ou porque não deu para pisar de forma adequada no chão. Porém, existem pessoas para nos motivar, nos apoiar e nos direcionar ao final.

Tantos integrantes dessa fila: Gi, Jamille, Gabi, Dandara, minhas amigas de graduação que me deram a alegria de conhecê-las e foram essenciais na minha formação enquanto psicóloga. Isabella, Isa, Maria, Vivi, foram minhas amigas da UEL e que eu guardo sempre no meu coração grande de criança adulta. Por viverem comigo os momentos difíceis e compartilharem as suas experiências no trabalho com crianças, um grande abraço às minhas amigas Nil e Isa do Aprimoramento em Psicologia Hospitalar Pediátrica. Kaio, Tiemi e Alethéia vieram cirandar, passarinhar e me auxiliar no mestrado quando eu mais precisei, obrigada! Sou grata pela bela borboleta que me guiou a pousar em flores de lavanda. Obrigada Amanda, minha doce psicóloga, por me fazer sentir o cheirinho de calma nos dias complicados. À sábia coruja e mamãe, a orientadora Eneida, agradeço por trazer sabedoria no meu percurso de construção dessa dissertação. Agradeço a todos os demais docentes da UEL.

Sou grata às mãos dadas da Gisele, da Gabriela, da Tássia, da Lucimare, minhas parceiras iniciais de CAPSi que me acolheram quando eu cheguei. Recentemente, com a vinda da nova coordenação, Walkiria me presenteou com sua empatia e suporte. Às psicólogas Adriana, Pri, Isa, meu agradecimento por compartilhar da companhia e dos seus conhecimentos. Aos meus novos amigos do TEA, Dra. Mailu, Isa, Silvia, Sol, André, Jonas, minha gratidão pela parceria em subir nesse gira-gira que é trabalhar no mundo colorido do autismo. A todos os demais profissionais do CAPSi que alegram o cotidiano de trabalho: à

Jana, à Maria, à Bia, ao Matheus, à Elana, ao Erick, à Josefa, à Keila e aos demais profissionais que têm pousado nesse dispositivo de saúde mental.

E eu não poderia deixar de agradecer as crianças do meu mundo que eu amo muito: à Lavínia, ao Miguel, ao Theodoro, ao Arthur. E às crianças que me encontraram e me afetaram e ainda me geram encanto: à estrela E., ao capitão Mi. que mudou de país, ao “buíto”, à expressionista M., à delicada, sensível e forte H., às risadas do O., aos fofos *looks* estilosos da cachinhos dourados, à sabedoria do V. À todas as crianças que tornam não só o meu mundo, mas o planeta inteiro mais divertido e nada definido, meu sincero amor!

“Os relógios têm a função de submeter o tempo do corpo ao tempo da máquina. Mas as crianças só reconhecem os seus próprios corpos como marcadores do seu tempo. Se as crianças usam relógios, elas usam como se fossem brinquedos. Que maravilhosa subversão! Usar a gaiola do deus Chronos como brinquedo de Kairós, o deus do tempo da vida...crianças não são para ser usadas como ferramentas. Elas são pra ser gozadas, como brinquedos. Os olhos, diferentemente do resto do corpo, preservam para sempre a propriedade divina do rejuvenescimento. O sábio é um adulto com olhos de criança.” (Alves, p. 45, 2010)

“Meu Deus, me dá cinco anos, me dá a mão, me cura de ser grande.” (Prado, p. 12, 1976)

Bonatti, G. L. (2023). *Noções de atenção à saúde mental na infância: problematizações do trabalho do psicólogo*. 250 páginas. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina. Londrina.

RESUMO

Esta dissertação buscou desvelar as noções de atenção à saúde mental voltada para a infância no Brasil. Para tanto, identificou como configura-se a atuação do psicólogo no dispositivo de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), e como o psicólogo compreende a sua atuação com o público infantojuvenil. O caminho da pesquisa foi desenvolvido seguindo duas etapas: a primeira por meio de uma pesquisa documental e a segunda através de uma pesquisa bibliográfica. A pesquisa documental envolveu a busca em livros, leis, normas, e demais materiais envolvendo o tema. Desta forma, mostrou o momento em que a infância passou a ser reconhecida como etapa distinta da vida adulta, o período em que os direitos da criança foram legitimados, bem como quando os direitos das pessoas com transtornos mentais foram sancionados, estabelecendo a necessidade de uma atenção psicossocial, incluindo a atenção voltada para a saúde mental infantojuvenil. A pesquisa bibliográfica realizada por meio do levantamento de dados nas plataformas Scielo, Pepsic e BTD, analisou por meio dos 45 estudos levantados os seguintes pontos: há uma tendência à falta de compreensão da rede de saúde acerca de quais são as demandas destinadas aos CAPSi, visto que, realizam encaminhamentos equivocados à estes dispositivos. No geral, os psicólogos reconhecem a infância como uma etapa distinta da vida adulta e que precisam de cuidados específicos. Compreendem o papel que apresentam no acolhimento, na escuta e na atenção à situação de crises desta população. No entanto, apresentam dificuldades em realizar a articulação do apoio matricial com as equipes da atenção básica. Por meio dos resultados, temos que os psicólogos reconhecem as suas formas de atuação no CAPSi, dentre elas: o trabalho com grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, acolhida noturna, apoio matricial, grupos GAM. Ademais, identificam o seu papel na desconstrução de preconceitos e conceitos, na intersetorialidade com as escolas, na ambiência e ambientoterapia dos serviços e na escuta individual nos ambulatórios de saúde mental infantil. Conclui-se por meio do percurso analisado que a atenção à saúde mental infantil está em construção e apresenta fragilidades. Pontua-se que apesar da tendência à retomada de paradigmas psiquiátricos, o psicólogo tem caminhado no sentido de construir uma noção de saúde mental infantil voltada para a atenção psicossocial.

Palavras-chave: saúde da criança. infância. psicologia. atenção psicossocial

Bonatti, G. L. (2023). Basic ideas of the attention of child mental health: problematizing the work of psychologists. 250 sheets. (Masters Dissertation in Psychology). State University of Londrina, Londrina.

ABSTRACT

This dissertation's main objective is to reveal the basic ideas of the attention of child mental health in Brazil. For this purpose, identified how psychologists work in from dispositive to mental health, Psychosocial Care Center for children and adolescents, and how psychologists understand their work with children and adolescents. The research path was developed in two stages: the first through documentary research and the second through bibliographical research. The documentary research it involved searching through books, laws, standards and other documents that involve on the theme. In this way, it showed the moment when childhood came to be recognized as a stage distinct from adult life, the period in which children's were legitimized, as well as when the rights of people with mental disorders were sanctioned, establishing the need for psychosocial care, including care for children's and adolescents' mental health. The bibliographical research carried out through data collection on the Scielo, Pepsic and BDT platforms analyzed the following points through 45 studies: there tends to be a lack of understanding on the part of the health network as to what the demands of the CAPS are, since they make mistaken referrals to these devices. In general, psychologists recognize childhood as a stage distinct from adult life and one that needs specific care. They understand their role in welcoming, listening to and dealing with crisis situations in this population. However, they have difficulties in coordinating matrix support with primary care teams. The results show that psychologists recognize the ways in with the work at CAPSi, including: working with therapeutic groups, therapeutic workshops, night reception, matrix support, GAM groups. Furthermore, they identify their role in deconstruction of prejudices and concepts, intersectoriality with schools, ambience and ambient therapy of services and individual listening in child mental health outpatient clinics. In conclusion, according to the analysis, that attention of child mental health is under construction and reports weaknesses. Despite the tendency to return to psychiatric paradigms, psychologists have been moving towards building a the basic ideas around the child mental health focused on psychosocial care.

Keywords: child health. childhood. psychologists. Psychosocial care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma da escolha do material bibliográfico: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão	25
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Publicações selecionadas por estado de origem.....155

Tabela 2 – Teses, dissertações e artigos selecionados para análise.....156

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ASMI	Ambulatório de Saúde Mental Infantil
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CARIM	Centro de Atenção e Reabilitação da Mocidade
CDC	Centro de Controle de Doenças e Prevenção
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CT	Comunidade Terapêutica
DECS	Descritores da Ciência e da Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental
EUA	Estados Unidos da América
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EESCA	Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
LBSH	Liga Brasileira de Higiene Mental
FEBEM	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
FLUBEM	Fundação Fluminense do Bem-Estar do Menor
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
GAM	Gestão Autônoma de Medicação
GIFS	Grupo de Intervenção com Familiares de crianças e adolescentes
HCS	Hospital Colônia Sant'Ana

SAM	Serviço de Atendimento ao Menor
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas Para a Infância
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
TC	Transtorno de Conduta
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
QIF	Grupo de Qualidade das Interações Familiares
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAED	Unidade de Atendimento ao Deficiente
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	20
3	DESENVOLVIMENTO.....	26
3.1	O CONCEITO DE INFÂNCIA.....	26
3.2	A INFÂNCIA GERENCIADA E ESQUADRINHADA	45
3.2.1	Cuidados Direcionados à Infância no Brasil até o período Imperial: a Infância Esquecida	45
3.2.2	Projeto Civilizatório e os Perigos da Infância à Partir DO Período Republicano: a Disciplinarização da Infância.....	53
3.2.3	A Garantia dos Direitos às Crianças: Uma Nova Roupagem Para o Controle.....	64
3.3	A INFÂNCIA DIAGNOSTICADA: DO NORMAL AO PATOLÓGICO.....	78
3.3.1	O Saber Psiquiátrico	79
3.3.2	A Psiquiatria Infantil e a Infância Anormal.....	85
3.3.3	A Infância Anormal no Brasil	91
3.3.4	A Propulsão da Higiene Mental da Infância	98
3.4	REFORMA PSIQUIÁTRICA E CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL INFANTIL NO BRASIL	108
3.4.1	Panorama da Reforma Psiquiátrica Brasileira	108
3.4.2	Atenção Psicossocial no Brasil.....	121
3.4.3	Saúde Mental E Saúde Mental Infantojuvenil.....	135

4	RESULTADOS.....	150
4.	A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE MENTAL INFANTIL	158
4.1.	DEMANDAS E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA NO CAPSI.....	159
4.1.1	Dificuldade em Reconhecer Quais as Demandas e Serem Atendidas no CAPSi.....	159
4.1.2	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).....	161
4.1.3	Transtorno do Espectro Autista (TEA).....	163
4.1.4	Transtorno de Conduta (TC).....	167
4.1.5	Ansiedade.....	168
4.1.6	Atendimento a Situações de Crise.....	169
4.2	FORMAS DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPSI.....	171
4.2.1	Trabalho Grupal.....	171
4.2.2	Oficinas Terapêuticas.....	173
4.2.3	Acolhida Noturna.....	175
4.2.4	Desconstrução de Preconceitos.....	176
4.2.5	Orientação aos Pais.....	177
4.2.6	Trabalho com a Equipe do CAPSi.....	178
4.2.7	Matriciamento e Intersetorialidade com a Atenção Básica.....	179
4.2.8	Intersetorialidade com a Escola.....	182
4.2.9	Grupos GAM.....	185
4.2.10	Ambiência e Ambientoterapia.....	190
4.2.11	Ambulatório de Saúde Mental Infantil.....	191
4.3	RELATOS DE EXPERIÊNCIAS PSIS.....	194

4.4	RELATOS DE PAISE CUIDADORES SOBRE A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPSI.....	200
4.5	RELATOS DA EQUIPE DO CAPSI.....	201
5	DISCUSSÕES.....	205
6	CONSIDERAÇÕES (NADA) FINAIS.....	225
	REFERÊNCIAS.....	232

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática em torno da infância retoma a minha história de vida. A infância foi um momento muito desafiador para mim, pois aos nove anos fui diagnosticada com anorexia e depressão. Foi necessária a ida a diversos profissionais para conseguir um tratamento adequado. Meus pais procuraram alguns psiquiatras que prescreveram medicações para controlar e tentar me enquadrar em comportamentos ditos normais. Tanto os profissionais quanto os medicamentos falharam. Finalmente uma luz no fim do túnel: uma psicóloga que me auxiliou a encontrar caminhos para viver da forma que eu pudesse ser quem eu era, para poder expressar a minha subjetividade e a minha singularidade.

Ademais, eu venho de uma família simples e sou fruto de um casamento em que a minha mãe sempre foi a auxiliadora e o suporte para o meu pai com esquizofrenia. Viver com um pai que sempre precisou de um acompanhamento de perto de vários profissionais me fez refletir sobre o percurso dele e sobre as falhas do sistema de Saúde Pública. E quantas falhas! Falta de humanização e capacitação dos profissionais, desvios de rotas por encaminhamentos errados, alterações fisiológicas intensas devido ao teste de alguns medicamentos. É difícil para a família fornecer suporte quando não se tem as orientações e uma ajuda externa que o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria propiciar de forma adequada, para todos e sem discriminação, conforme o princípio de universalidade da oferta de serviços e atendimentos.

Não foi por acaso que eu, enquanto pesquisadora e atualmente psicóloga, trilhei um percurso crítico. Não foi sorte, não foi destino, foi desejo e teimosia. Desejo de tentar compreender mais sobre a saúde mental e tentar desvendar, entender e desmistificar as fragilidades nessa área de cuidado. Eu que desde cedo vivenciei na pele as consequências de diversas falhas, após me formar, realizar aprimoramento em Psicologia Pediátrica entrei em 2020 em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) que novamente me trouxe à tona as fragilidades relacionadas à saúde mental. Sempre gostei muito de crianças,

pois, por vir de uma família humilde vislumbro os sorrisos sinceros, que geralmente as crianças apresentam de forma espontânea, não forçada. Eles são quem são, sem moldes, sem contornos fixos. E eu admiro as entrelinhas, as brechas, os espaços de liberdade, que eles insistiam em não deixar de lado. Trabalhar em um CAPSi é viver em uma ambiguidade de sentidos, ficar feliz por poder ver as fissuras subjetivas das crianças, mas em oposto, entristecida ao ver as variáveis que tentam enclausurar o que é para ser livre. Desilusão por ver reviver cenas que historicamente tentam ser desconstruídas. Uma lógica de funcionamento manicomial, ambulatorial, centrado na figura do médico em um dispositivo que surgiu para possibilitar uma atenção psicossocial. Falhas que geram raiva, mas anseio por mudanças.

Contextualizando o meu local de trabalho, o CAPSi “Denise Resende do Amaral”, fica localizado em uma cidade do interior de São Paulo, Bebedouro, que no último censo apresentava 77.555 habitantes. Esse dispositivo foi legalizado em 2020 pela Portaria GM/MS n 3.515 de 17 de dezembro de 2020. Anteriormente o CAPSi funcionava em conjunto com o CAPS III, o qual havia sido inaugurado em 2008, em um prédio localizado no Hospital Municipal Júlia Caldeira Pinto. Atualmente o CAPSi localiza-se no centro da cidade e conta também com um Centro de Atenção ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), tendo como foco a estimulação precoce de crianças com esse diagnóstico.

Foi nesse contexto de trabalho imposto, colocado e fixo que surgiu uma lacuna. Repensar o cenário de atuação, refletir sobre ele e questioná-lo. Perante a ele sobrevieram as perguntas: existe alguma noção de saúde mental infantil? Existe somente uma noção ou várias noções sobre a saúde mental infantil? Ou reproduz-se a noção de saúde mental dos adultos para as crianças? Diante de um dispositivo que insiste em colocar o médico em sua centralidade, como o psicólogo atua em equipe exercendo um trabalho adequado destinado à

infância? É possível para o psicólogo nesse contexto orientar suas práticas de modo a desenclausurar as subjetividades das crianças?

A partir desses questionamentos traçou-se e delineou-se esta pesquisa, na tentativa de responder minimamente essas perguntas. Assim, a pesquisa tem como objetivo principal mapear as noções de atenção à saúde mental dos psicólogos voltada para a infância no dispositivo de saúde mental: CAPSi. Adota-se a palavra “noção” por ela significar, consoante o dicionário Aurélio (1999) um conhecimento simples ou pouco profundo que se tem sobre algo, no intuito de identificar se ao menos esse conhecimento raso sobre a saúde mental infantil adentra o trabalho dos psicólogos nos CAPSi.

Esse trabalho se torna necessário diante das constatações que se seguem. Nenhum país no mundo apresenta um programa para crianças e adolescentes claramente definidos (OMS, 2005). No Brasil o primeiro documento publicado ocorreu em 2005, o qual se intitula “Caminho Para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil”, esse traz os esforços que vêm sendo feitos para a construção de uma Política de Saúde Mental específica para a infância e adolescência, mostrando os princípios e diretrizes já elaborados. O principal dispositivo da rede direcionada à saúde mental infantil é o CAPSi, no entanto, estudos apontam que ao longo dos anos a expansão desse dispositivo está aquém do necessário para o acolhimento das demandas de saúde mental infantil (Couto, Duarte & Delgado; 2008).

Ademais, nesses dispositivos que deveriam atender de forma adequada os prejuízos severos da saúde mental infantil, como psicoses, neuroses graves e autismo; apresentam diversas precariedades. Dentre elas: a precarização do trabalho no CAPSi e a má gestão nos diferentes níveis de governo (Carvalho, Gondim, Holanda & Alencar, 2014), bem como o congestionamento de recursos relacionados à saúde mental, que destinam e concentram o cuidado em apenas um dispositivo da rede, como no CAPSij (Yasui, 2010). Essas constatações resultam na dificuldade de articulação com os setores da rede de saúde, dentre

eles a atenção básica, educação, justiça e assistência social (Couto, Duarte & Delgado; 2008), principalmente no que tange ao matriciamento com a atenção básica, não havendo uma capacitação suficiente dos profissionais para atender as demandas da população infantojuvenil (Leitão, Dias, Tristão, Ronchi & Avellar, 2020).

Observa-se, por meio de algumas pesquisas, que há uma tendência da ocupação de outras demandas nos CAPSi, como o encaminhamento de questões escolares e de aprendizado (Matsuda & Tano ,2015; Delfini, Dombi-Barbosa, Fonseca, Tavares & Reis, 2009; Hoffman, Santos & Motta, 2008). Os encaminhamentos inadequados para esses dispositivos geralmente ocorrem pela escola, família e outras instituições, o que reflete uma falta de conhecimento popular a respeito do seu funcionamento (Beltrame & Boarin, 2013). Nos documentos brasileiros legais objetiva-se a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada caso da saúde mental, entretanto, na prática de trabalho nos CAPSi, o que tem se identificado é uma dificuldade de desconstruir o modelo de cuidado centrado na figura do médico (Vechiatto & Alves, 2019). Identifica-se que tem havido uma prevalência da importância de classificar e enquadrar o sofrimento do paciente em um manual de diretrizes clínicas e de diagnósticos (Santos, 2006; Hoffmann, Santos & Mota 2008; Ronchi & Avellar, 2010), implicando no uso da medicação como única terapêutica de cuidado para essa população; o que traduz uma não efetividade do trabalho interdisciplinar nesses dispositivos. (Leitão, Dias, Tristão, Ronchi & Avellar, 2020).

De modo geral, todos esses fatores da prática cotidiana dos CAPSi, têm produzido um abalo nos pilares da atenção psicossocial infantojuvenil, como a intersetorialidade e a interdisciplinaridade. Dessa forma, tem vindo à tona uma lógica ambulatorial, que de forma persistente tem-se tentado superar. (Yasui & Costa-Rosa, 2008). Para além dessas problemáticas existem as dificuldades de atuação do psicólogo com essa população (Crosué & Azevedo, 2017). Como aponta Souza Capor (2015), muitas vezes o psicólogo que atua no

CAPSi apresenta barreiras na compreensão de seu papel no serviço e no atendimento às crianças, além de como utilizar a psicologia nesse espaço.

Diante dessas questões, tornou-se necessário repensar a prática dos profissionais nesses dispositivos para caminhar na direção do fortalecimento da saúde mental infantojuvenil, bem como, promover movimentos na tentativa de impedir o retorno aos antigos moldes enclausurantes de um modelo manicomial para esse público. Como o psicólogo pode construir esse caminho? Ele possui a compreensão básica para se movimentar na direção da desconstrução manicomial? Essas questões tentarão ser respondidas ao longo deste trabalho.

Desse modo, o circuito percorrido na tentativa de respostas foi dividido em quatro eixos. O primeiro eixo: A infância gerenciada e esquadrihada teve como objetivo apresentar e analisar o percurso histórico e social de cuidados voltados para a infância no Brasil. Para tanto, o primeiro componente “Cuidados direcionados à infância no Brasil até o período imperial: a infância esquecida” buscou explicar sobre a precarização de cuidados destinados à infância, a qual tinha um papel secundário na sociedade, não recebendo cuidados específicos ou diferenciados para essa etapa de vida. Envolveu uma assistência à infância por meio de ações de instituições caritativas e filantrópicas, como as Santas Casas da Misericórdia. A saúde mental, de forma geral, não apresentava ações voltadas para as crianças anormais, visto que, essas representavam um risco para sociedade e não eram consideradas como passíveis de tratamento ou cura. O segundo componente “Projeto civilizatório e os perigos da infância a partir do período republicano: a disciplinarização da infância” procurou demonstrar o destaque que a infância ganha no período republicano, que por representar um futuro para a nação recebeu a intervenção de um corpo ampliado de especialistas a fim da normalização de corpos dóceis e úteis. Ademais, expôs as medidas higienistas que permearam a disciplinarização da infância. Já a terceira parte “A garantia dos direitos às crianças: uma nova

roupagem para o controle”, evidenciou o panorama de gestão de risco da infância pobre e anormal, trazendo à tona as instituições entrelaçadas nesse sistema de disciplinarização e biopolítica da infância. Por fim, pretendeu-se demonstrar o surgimento da garantia de direitos e proteção dada à infância revelando uma gestão de risco em meio aberto.

No segundo eixo “A infância diagnosticada: do normal ao patológico” esperou-se compreender como se deu a construção de infância anormal e infância normal, trazendo sua contextualização para o cenário brasileiro. Assim, o primeiro item “O saber psiquiátrico: do normal ao patológico” desejou demonstrar o poder psiquiátrico como um dispositivo disciplinar que passou a atuar sobre o campo da doença mental e dar forma à loucura, de modo a gerar uma relação binária: normal e patológico. Na sequência, “A psiquiatria infantil e a infância anormal” mostrou como foi construída a noção de infância anormal, analisando o surgimento da psiquiatria infantil até a criação de classificações nosológicas e quadros clínicos de doenças mentais específicas da infância. O item “A infância anormal no Brasil” traçou como se deu a diferença do tratamento das crianças em comparação com a dos adultos no âmbito da saúde mental, para isso almejou-se apresentar as instituições: Pavilhão Bourneville no Hospital dos Alienados e a Seção dos Menores Anormais no Juquery, bem como, as formas de tratamento e assistência dada à infância. Por último, no item “A propulsão da higiene mental da infância” procurou-se contextualizar a intensificação da higiene mental da infância no período republicano, sendo alvo de ações de diversos dispositivos para prevenção e intervenção, dentre eles, os saberes da psicologia que passou a estabelecer o limite entre normal e anormal para os comportamentos infantis, os saberes da psiquiatria e os saberes da educação.

O terceiro eixo “Reforma psiquiátrica e cenário da saúde mental infantil no Brasil” explanou sobre a construção da noção de saúde mental infantil no Brasil, de modo a analisar o seu contexto de surgimento. De tal forma, na parte “Panorama da Reforma Psiquiátrica

Brasileira” expôs-se o tratamento dado à loucura no Brasil até os movimentos da Reforma Psiquiátrica e o estabelecimento dos direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais. Tentou-se nesse espaço mostrar as normativas criadas para os alienados no Brasil e as instituições entrelaçadas, que formavam uma indústria da loucura, a qual, sequestrava a subjetividade e a humanidade desses sujeitos. No item “Atenção Psicossocial no Brasil” pretendeu-se desenvolver como ocorreu a mudança do paradigma de modelo asilar para o de modelo psicossocial em saúde mental no Brasil. Para tanto, buscou-se resgatar os movimentos de desinstitucionalização e suas contribuições nas mudanças dos pilares em saúde mental: objeto, meio de trabalho, organização da instituição e tratamento terapêutico, os quais, adentraram os CAPSi. Já o componente “Saúde Mental e Saúde mental infantojuvenil” buscou apresentar os campos de saúde mental e saúde mental infantojuvenil como processos sociais complexos. Além disso, demonstrou como foi dada a garantia dos direitos às crianças em conjunto com a criação dos dispositivos em saúde mental, principalmente o CAPSi, o qual, se configurou como principal dispositivo da rede, permitindo a construção inicial de uma Política voltada para a Saúde Mental Infantil.

Por fim, o eixo “O trabalho do psicólogo na saúde mental: noções de atenção à saúde mental infantil” almejou delinear e compreender a atuação de psicólogos no dispositivo de atenção à saúde mental infantil: CAPSi, identificando a existência (ou não) de noções em torno da saúde mental infantil. Portanto, na composição “Demandas e caracterização da população atendida no CAPSi”, buscou-se descrever as demandas de intervenção do psicólogo e traçar o perfil dos usuários atendidos nesse dispositivo. Na sequência, no item “A atuação do psicólogo no CAPSi” elencou as possibilidades de intervenções terapêuticas dos psicólogos, de modo a analisá-las e questioná-las. Em último plano, no item “Relatos de Experiências psis”, encontrou-se nos discursos dos psicólogos as subjetividades expressas

sobre o trabalho com crianças, de modo a identificar como compreendem a atuação com essa população nesses dispositivos.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este percurso metodológico buscou percorrer o circuito de construção da noção de atenção à saúde mental na infância, de modo a questionar se o psicólogo atualmente se apropria de forma rasa de alguma noção sobre a temática. Adotou-se como referencial metodológico a pesquisa documental de cunho exploratório. Conforme Kripka, Scheller e Bonotto (2015) a pesquisa documental busca produzir novos conhecimentos, criar formas novas para compreender os fenômenos a partir da captura das perspectivas contidas nos documentos. Para Appolinário (2009) os documentos podem ser considerados como qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Incluem-se nesse universo os impressos, os manuscritos, os registros audiovisuais e sonoros, as imagens, entre outros. Eles podem ser considerados também como meios de comunicação, pois apresentam uma finalidade ou um propósito para quem o recebe (Flik, 2009). Dessa maneira, os materiais usados para a coleta de dados nesta pesquisa envolvem normas, leis, regulamentos, livros, entre outros documentos que englobam a temática a ser pesquisada.

Por se tratar de uma abordagem qualitativa, este estudo procurou captar o universo de valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo & Deslandes, 2016, p. 22). Neste estudo, esse viés pretendeu aprofundar-se nos significados das ações e relações, bem como na compreensão da realidade humana vivida nos dispositivos: CAPSi.

Entende-se aqui “dispositivo” conforme o pensamento foucaultiano de que o mesmo seria “qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes” (Agamben, 2005, p. 13). Ainda indo em direção a esse olhar, o “dispositivo” conforme Fanlo (2011), se apresenta para Foucault como um complexo de relações entre instituições, sistemas de normas discursivas e não discursivas. De tal modo, os dispositivos concretizam os discursos e se inscrevem nos corpos dos sujeitos as formas de ser, por meio das práticas, saberes, instituições que visam administrar, controlar e governar, bem como produzir sentido aos pensamentos e comportamentos das pessoas. Tendo como direção essa definição de “dispositivo”, compreende-se que o CAPSi, assim como os demais dispositivos da rede de saúde mental, segundo Fanlo (2011) são respostas a acontecimentos históricos singulares, que estão implicados nas relações de saber-poder e tornam possíveis certos efeitos de verdade.

Para compreender o enlace entre saber-poder e verdade nos dispositivos CAPSi, voltamos às reflexões foucaultianas de que as micropáticas do poder são dispositivos do poder criados para potencializar o controle dos comportamentos tidos como “irregulares” (Foucault, 2002a, p. 17). Assim, como aborda Foucault em “Vigiar e Punir” (1975, 1999), o poder circula, se movimenta, não está em apenas um local, mas em múltiplos lugares, como na família, no tratamento da loucura, nas relações dos homens, entre outros. Entretanto, o poder não pode ser apropriado como uma riqueza ou bem, “o poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder, e de sofrer a sua ação” (Foucault, 1979/2018, p. 284). Portanto, o poder não é uma posse do indivíduo, mas passa por ele nas relações, sendo que nesta passagem entre as relações de poder o estatuto de verdade pode ser conferido nas relações e cristalizar ideais. Além disso, a verdade não existe fora do poder ou sem poder, “cada sociedade tem seu regime

de verdade, isto é: os tipos de discursos que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros” (Foucault, 2013, p. 10).

Buscamos nesta trajetória compreender o circuito de construção da noção de atenção à saúde mental infância, tendo em vista o atravessamento das relações de poder e saber que ditaram em momentos históricos certos efeitos de verdade. O dicionário Aurélio (1999) define “circuito” como um conjunto de componentes elétricos que formam um caminho fechado pelo qual pode passar uma corrente elétrica. Neste estudo configuramos os conjuntos de componentes como as instituições, bem como as relações de poder e verdade pelas quais passou a infância até a construção de uma atenção à saúde mental à infância. Procura-se tornar visível o percurso dessa construção, tendo em vista conforme Lemos e Junior (2009) de que não existe uma única justificativa para explicar os fatos e que não há uma finalidade na história, visto que “os acontecimentos emergem ao acaso das forças e não a partir de uma intenção ou determinação prévia; as forças que são agenciadas compondo um acontecimento, são heterogêneas” (Lemos & Junior, 2009, p. 354).

Conforme de Carvalho e Mansano (2017), Foucault em suas obras (1988, 1996, 1999, 2014) destaca o caráter múltiplo e complexo dos poderes, salientando que os poderes têm como alvo um domínio em comum: o corpo humano a que se pretende adestrar. Ao contemplar a saúde mental da infância, vemos o emaranhado de poderes que envolveram a infância, como a disciplinarização dos corpos, visando produzir corpos dóceis e úteis por meio de práticas coercitivas e punitivas empregadas às crianças. Bem como a aplicação do biopoder em torno da infância, ou seja, a acumulação de saberes sobre os corpos vivos, considerando-os em sua dupla condição biológica e coletiva. (Foucault, 2010)

Tendo como base essa definição do circuito a dissertação foi dividida em eixos a fim de contornar o percurso da construção da noção de atenção à saúde mental infantil e revelar as relações de poder e verdade ao seu entorno. A análise dos dados fez-se baseando-se na

Análise Institucional tendo como norteadores os conceitos de implicação e analisador. Conforme Lourau e Ardoino (2003) toda pesquisa é interventiva, na medida em que permite a existência de uma dimensão clínica e política. Assim, o conceito de implicação demonstra que a pesquisa é um trabalho de intervenção. O analisador, na percepção de Paulon e Romagnoli (2010) pode ser revelado como uma série de forças dispersas que realizam por si mesmo a análise, à maneira de um catalisador químico de substância. Dessa forma, segundo Lourau e Ardoino (2003), entende-se o analisador como um produto de determinada situação, mas também como provocador de mudanças. Esses dois conceitos produzem a ideia da indissociabilidade entre pesquisa e intervenção.

Em um segundo momento, para atingir o objetivo anteriormente exposto, ou seja, o de desvelar as noções de atenção à saúde mental voltada para a infância no Brasil, dando destaque para o dispositivo de saúde mental: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e para a atuação de psicólogos. Utilizamos o protocolo PRISMA, uma estratégia de relato qualitativo e descritivo de revisões, para realizar uma revisão da literatura nacional e internacional. Para tanto, as seguintes etapas foram constituídas: 1) definição e consulta às bases de dados; 2) identificação dos trabalhos a partir dos descritores; 3) triagem e seleção dos estudos; 4) categorização e análise dos materiais selecionados 5) apresentação e interpretação dos resultados obtidos (Galvão & Pansani, 2015).

Foram critérios para a seleção dos materiais: abordar a atuação do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial, ter sido publicado entre 2001 e 2023, ser artigo científico de periódico indexado, ser dissertação ou tese disponível na íntegra no idioma português e/ou inglês e/ou espanhol. O ano de 2001 foi definido por ser quando ocorreu a aprovação da Lei Federal n. 10.216 que assegura o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais (Brasil, 2001). Foram adotados como critérios de exclusão: editoriais, artigos de opinião, materiais em que a psicologia se restringia somente a avaliar, não intervir, bem como, textos

que não tivessem relação com a temática escolhida, especificamente, a atuação do psicólogo na saúde mental da infância. Foram também excluídos artigos que abordavam a intervenção da enfermagem, a intervenção médica ou de outros profissionais de saúde atuante no contexto da saúde mental infantil.

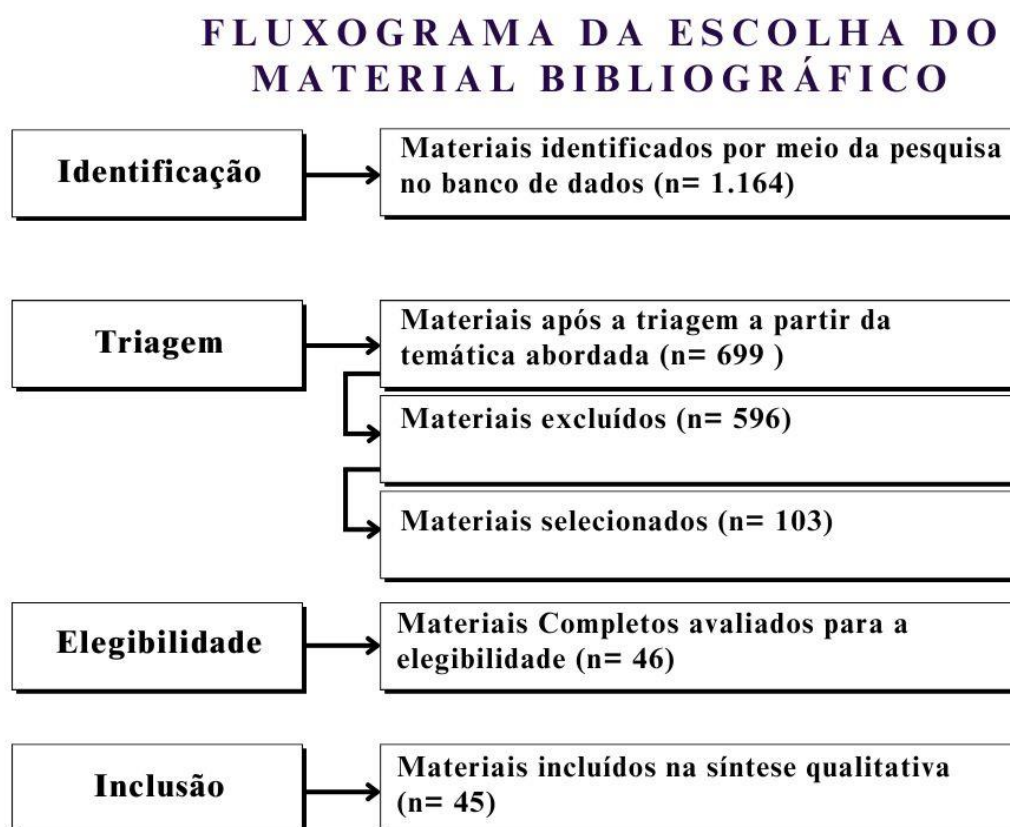
Foram consultadas as bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Como previstos no DECS (Descritores da Ciência e da Saúde) as seguintes linhas de descritores foram utilizadas: 1) “saúde mental” AND “infantil” AND “psicólogo” OR “atendimento psicológico”, 2) “saúde mental” AND “infância” AND “psicólogo” OR “atendimento psicológico”, 3) “saúde mental” AND “psicólogo” OR “atendimento psicológico”, 4) “Centro de Atenção Psicossocial” AND “infantil” AND “psicólogo” OR “atendimento psicológico”, 5) “Centro de Atenção Psicossocial” AND “criança” AND “psicólogo” OR “atendimento psicológico”. Foram aplicadas as 5 linhas em cada base de dados. Na base de dados SciELO foram identificados o total de 41 artigos (n=41) após a aplicação das 5 linhas de descritores. Já na base Pepsic, foram identificados o total de 11 artigos (n=11) após a leitura das 5 linhas descritivas. Já no quesito teses e dissertações na base BDTD, foram encontrados 1.112 trabalhos (n=1.112). Considerando as três bases de dados, foram encontrados o total de 1.164 trabalhos. Após a identificação foram eliminados os trabalhos duplicados: 15, na plataforma SciELO, na Pepsic, 4 artigos duplicados e na BDTD, 446 trabalhos duplicados, restando 699 (n=699) estudos ao final dessa etapa (ver Figura 1).

Na etapa seguinte, com os trabalhos duplicados já eliminados, foi feita a leitura dos resumos de cada texto. O total de 27 artigos foram excluídos após leitura do resumo por abordarem assuntos divergentes do objetivo da pesquisa, como maternidade, Covid-19, queixa escolar, psicologia forense e atendimento psicológico em serviço-escola. Em relação às dissertações e teses, 569 delas foram excluídas após a leitura do resumo por também não

tratarem da temática pesquisada. Alguns dos trabalhos excluídos eram da medicina, enfermagem e outras áreas profissionais e, apesar de indicarem a presença do psicólogo no contexto, não informaram qual o papel dele na equipe nem qual atividade desempenhava em relação à saúde mental infantil. Foram eliminados os trabalhos que envolviam temáticas distantes da pesquisada, como parentalidade, maternidade e trabalhos relacionados à área escolar. Por fim, foram retirados estudos teóricos ou de revisão da literatura que não descreviam as intervenções relacionadas à atuação do psicólogo no contexto pesquisado. Totalizou-se 596 trabalhos excluídos nessa etapa.

Posteriormente, após a eliminação dos artigos pela leitura do resumo, foi feita a leitura dos materiais completos. Dos 103 trabalhos diversos selecionados após leitura do resumo, 6 artigos científicos foram excluídos, bem como, 50 estudos dentre dissertações e teses. Um material em sua versão completa, não foi localizado, logo, também foi excluído.

Figura 1



Fonte: o próprio autor.

Dessa maneira, como podemos ver no fluxograma apresentado acima (Figura 1), para a análise dos resultados foram avaliados o total de 45 trabalhos (n=45), sendo 3 artigos (n=3) e 42 estudos de pós-graduação (n=42), sendo 9 teses de doutorado e 33 dissertações de mestrado.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 O CONCEITO DE INFÂNCIA

Buscou-se aqui compreender o conceito de infância e como foi construído no decorrer do tempo em cada período histórico no Ocidente. Dessa maneira, este trabalho explicitou o aparecimento da infância e como ela é retratada na atualidade. Para tanto, essa seção será organizada em dois momentos: o primeiro apresenta uma discussão relacionada às mudanças de posições dadas à infância no período de transição da Idade Média para a Idade Moderna, tendo como referência as análises de Ariès (2021). Em um segundo momento, por meio do embasamento de Postman (2012) será apresentado como a infância está desaparecendo atualmente, aproximando-se da figura do adulto.

Conforme Barbosa e Maria das Graças (2013), ao falar da infância, nos referimos a ela como uma etapa de vida que ganhou diversos sentidos no imaginário humano em cada momento histórico, sendo fomentado por fatores sociais, culturais, políticos e econômicos de cada época. Segundo as autoras, não se pode definir a infância enquanto uma abstração, mas como um conjunto de aspectos que envolve instituições como a escola, a família, a sociedade, entre outras; e que instituem determinadas posições, modos de pensar e viver a infância.

Para Castro (2002), deve-se entender a infância enquanto uma construção de cada grupo social, visto que ela é “instituída” pelas condições de cada momento histórico. Ela também pode ser entendida enquanto um construto relacional que apresenta práticas

discursivas, sociais e linguísticas, as quais são construções que produzem algum sentido sobre a infância, levando em consideração as condições de materialidade e posições de poder de cada época. A infância se move no registro das construções discursivas como se opondo a adolescência, a adultidade e a senescência. Dessa forma, para Castro (2002), a infância marca uma posição de diferença que varia segundo épocas e culturas, sendo produzida social e historicamente.

Segundo Pagni (2010), a origem etimológica da palavra infância é proveniente do latim *infantia*, do verbo *fari*, que significa “falar” em português. O prefixo *in* do *infantia*, sugere uma negação do “falar” conforme a linguagem do discurso, ou seja, uma negação da capacidade de se expressar ou se comunicar em termos lógicos e linguísticos. Assim, merece destaque como que em português infância designaria a ausência lógica da fala. Consoante Rocha (2002), a infância seria então caracterizada pela ausência da fala e da capacidade racional. Nessa direção, a infância seria uma etapa de vida oposta à vida adulta, já que o adulto, considerado um ser racional, que pensa e raciocina antes de agir, tendo a possibilidade de alterar o mundo. Portanto, como refere Pagni (2010), a infância, uma idade específica, caracterizada por sua condição de ausência de fala ou de linguagem articulada, estaria diferenciada da adolescência e da vida adulta em que se adquire o raciocínio lógico e articulado. O termo “criança” pode ser usado como um sinônimo da infância e, enquanto tal, como “[...] uma fase da vida humana próxima da natureza, a ser esquadrinhada e cultivada para que o homem aí em germe, por meio da ação de outros homens e da transmissão/apropriação da cultura, se forme e ingresse no mundo existente.” (Pagni, 2010, p.100).

Para Ariès (2021), a descoberta da infância e dos sentimentos relacionados a ela no Ocidente ocorreu entre os séculos XII e XVIII, perpassando as sociedades tradicionais até a formação da sociedade burguesa. A descoberta do que viria a ser designado como infância se

inicia no século XIII, mas é entre os séculos XVI e XVII que há os primeiros indícios da diferenciação entre crianças e adultos. Segundo Ariès (2021), a maneira de representar a cronologia humana passou por diversas mudanças ao longo do tempo, envolvendo elementos da natureza, estudos dos astros, fenômenos naturais, visões místicas e outras. Com relação a etapa da infância propriamente dita, o autor, ao analisar os relatos e textos dos séculos XII ao XVIII, demonstra que as pessoas definiam tal etapa como a idade do nascimento até os sete anos.

O autor explana que o primeiro sentimento da infância ocorre nas sociedades tradicionais. Nesse momento, a criança era uma fonte de distração e relaxamento para o adulto. Ademais, conforme Rocha (2002), a sociedade não acreditava na possibilidade da existência de uma inocência pueril, ou uma diferenciação entre as características dos adultos e das crianças. Destarte, “[...] até o fim do século XIII, não existem crianças caracterizadas por uma expressão particular, e sim homens de tamanho reduzido.” (Ariès, 2021, p. 51). Como aborda Ariès (2021) as crianças eram submetidas e preparadas para suas funções dentro da organização social. A socialização das mesmas era feita fora da família, através da vida comunitária por meio de festas, práticas de ofícios, jogos e cerimônias coletivas. Tal socialização não implicava uma relação afetiva entre os membros, mas tinha dentre os objetivos a conservação dos bens, a ajuda mútua e a proteção da vida. Além disso, a aprendizagem era feita a partir da socialização. Era comum, a entrega da criança para que outra família a educasse e retornasse para a família original aos sete anos, sendo, então, considerada apta para ser inserida na família e no trabalho.

Ariès (2021) ao analisar as obras de artes medievais reconhece a ausência da figura da criança nas representações artísticas, traduzindo, em sua análise, essa falta como um indicativo da própria inexistência de um lugar para a criança naquela época. Os textos da Antiguidade demonstravam a desvalorização dada à criança, vista como um ser inferior, e

que, assim, não recebia qualquer tratamento diferenciado. Segundo Barbosa e Maria das Graças (2013), por não ter um espaço social relevante, a criança não vivenciava os estágios da infância como estabelecidos pela sociedade atual, sendo que após tais pequenos conquistarem independência física eles já eram inseridos no mundo do adulto, como nas atividades de lazer e no trabalho.

Essa lacuna de um lugar para a criança, consoante Ariès (2021), expressa o contexto social e econômico da época medieval. As condições demográficas e sanitárias eram precárias trazendo, entre outras consequências, uma elevada taxa de mortalidade infantil. Nesse sentido, a reprodução sexual era alta para garantir a existência de muitas crianças, para que algumas delas sobrevivessem e pudessem contribuir no contexto social da família. Devido a tal panorama, a prioridade era a sobrevivência dos membros da família, o que gerava nesse núcleo a sustentação a partir dos papéis sociais desempenhados para manutenção da vida. Portanto, os laços afetivos ficavam em segundo plano ou mesmo, ausentes. Ariès (2021) destaca, ainda, que além dos altos índices de mortalidade infantil, havia práticas de infanticídio. Geralmente, muitas crianças eram mortas intencionalmente, uma criança era substituída por outra no intuito de conseguir uma vida mais saudável e mais forte. A sociedade era organizada em uma perspectiva utilitária, sendo que as crianças consideradas sadias eram mantidas conforme a necessidade e a mortalidade infantil era aceita com naturalidade. A família, conforme o autor, era social e não sentimental.

Para Ariès (2021), a infância se misturava com a vida adulta também no momento histórico da constituição das monarquias. O autor traz alguns achados do diário do médico Heroard que cuidava do rei Luís XVIII quando era criança. Nos relatos do diário, Heroard registra o quanto as brincadeiras do rei criança se misturavam com as brincadeiras dos adultos. No período de três a seis anos Luís XVIII brincava de bonecas, jogos de xadrez, jogos de ofícios, jogos de mímicas e jogos de azar. Além disso, ele presenciava junto com os

adultos as rinhãs de galos, lutas de cães, teatros em que eram típicas as farsas, ouvia histórias de fábulas e frequentava apresentações de balés e outras danças. Identifica-se, uma convivência mútua e indistinta entre crianças e adultos na burguesia.

Conforme Ariès (2021), o papel do trabalho também cabia às crianças desde cedo. Ao longo dessas festas a criança participava ativamente de todas as cerimônias e costumes tradicionais. As palavras de agradecimento eram ditas pelas crianças mais novas e a totalidade das crianças faziam o serviço da mesa: serviam a bebida, trocavam os pratos, cortavam as carnes, elas também podiam acender o fogo e atuar seguindo o exemplo dos adultos. Por conseguinte, as crianças eram tratadas como adultos em miniatura: nas brincadeiras, na participação em reuniões, festas, danças e no trabalho.

Desenhando a instituição escolar nesse mesmo período, Ariès (2021) descreve que a aprendizagem ocorria de forma direta de uma geração para outra. De maneira que, o serviço doméstico se confundia com a aprendizagem, como uma forma muito comum de educação. As crianças aprendiam por meio da prática a bagagem de conhecimentos e o valor humano que o mestre transmitia. Até os sete anos de idade as crianças eram ensinadas pelos adultos da casa, quando completavam essa idade eram enviadas para outras famílias, a fim de viver com elas para aprender maneiras de um cavaleiro ou de um ofício. Quando inseridas na outra família, poderia ser feito ou não um contrato para aprendizagem em que o papel de educar e ensinar era deslocado e depositado em outra família. De acordo com Ariès (2021), a escola, ou o ensino escolar nesse momento era uma exceção e acontecia em casos particulares. Para tanto, a escola latina era reservada a um pequeno número de clérigos. O estudante não estava submetido a uma autoridade disciplinar extra corporativa ou uma hierarquia escolar. De forma geral, a escola medieval não buscava essencialmente a educação da infância, no que diz respeito à formação moral e social, mas a uma espécie de escola técnica. Portanto, vemos que a educação da criança durante a Idade Média não era controlada pela própria família e a

aprendizagem era efetivada através de tarefas realizadas juntamente com os adultos, fora do lar.

O segundo sentimento traçado por Ariès (2021), em relação à infância na burguesia, se refere à consciência da particularidade infantil, um novo lugar que a criança passa a ter nas sociedades modernas. Dessa forma, a infância além de caracterizar a ausência da fala articulada, passa a delimitar uma fase do desenvolvimento que vai do nascimento a certa idade, retratada por um conjunto de características que diferem das do adulto. Para Rocha (2002), as mudanças do cuidado com a crianças ocorrem no século XVII por meio da interferência da Igreja e do Estado ao não aceitar passivamente o infanticídio, antes secretamente tolerado. Medidas como a melhora da higiene passam a ser adotadas com o intuito de salvar as crianças e permitir uma boa qualidade de saúde para elas.

Outras condições podem ser citadas no cenário europeu nos séculos subsequentes que possibilitaram mudanças no tratamento social das crianças. Como relata Menezes (2016), as concepções filosóficas do Iluminismo e Humanismo dos séculos XVIII e XIX possibilitaram a construção de uma visão educacional que incluía a criança em um projeto pedagógico, a fim de permitir o desenvolvimento cognitivo dos pequenos, de forma a respeitar as características de maturação cronológicas dessa fase de vida. Ariès (2021) refere que as mudanças sociais, políticas e econômicas da Idade Moderna permitiram uma transformação nas relações familiares, sendo que a criança passou a ser educada pela própria família, o que fez com que se estreitasse a relação entre ambos, dando início ao sentimento de apego. Começa-se a pensar em uma visão mais racional para separar a criança do adulto, sendo necessária uma educação da criança nos costumes e na disciplina. Ao estudar os Ensaios de Montaigne, Ariès (2021) demonstra como a particularização da infância passa a ser objeto de estudo pelos filósofos, moralistas e os educadores com a finalidade de ajustar os métodos pedagógicos ao

desenvolvimento infantil. Nesse sentido, as práticas pedagógicas e disciplinares passam a ser adotadas para fazer das crianças futuros homens cristãos e racionais.

Cabe salientar, conforme Hermida (2021), que as análises de Ariès tiveram como base as crianças pertencentes às classes dominantes da época como da nobreza e da aristocracia no Ocidente. Entretanto, a infância estava longe de ser o mesmo fenômeno histórico e social para a classe operária. As crianças proletárias, a partir do início do capitalismo eram exploradas nos campos, nas fábricas, nas olarias e nas minas de carvão. A realidade dessas era completamente distinta, sendo constantemente submetidas ao trabalho infantil.

Alguns historiadores como Marx (2013) evidencia a superexploração da mão de obra barata no curso Revolução Industrial. Com o advento das máquinas houve uma substituição da força de trabalho dos homens pela força de trabalho das mulheres e crianças nas fábricas, visto que, “a maquinaria converteu-se no meio de utilizar trabalhadores com pouca força muscular ou desenvolvimento muscular imaturo, mas com membros de maior flexibilidade” (Marx, 2013, p. 468). Portanto, o trabalho infantil foi a primeira palavra de ordem da aplicação capitalista da maquinaria. Nessa nova realidade perversa para os interesses da classe trabalhadora, a demanda por trabalho infantil se assemelhava à demanda por escravos negros.

Segundo Hermida (2021), um dos personagens que representava as dores sofridas pelas crianças proletárias no sistema fabril era a do varredor de chaminés: um trabalho sujo, perigoso e difícil. A limpeza de chaminés foi um trabalho tradicional que existia desde o século XII, e adquiriu notoriedade nos séculos XVII e XVIII. Muitos adultos compravam as crianças dos próprios pais ou tomavam posse deles pela força nos orfanatos, a fim de adotarem os mesmos como varredores de chaminés. Outro trabalho insalubre e análogo ao trabalho escravo executado pelas crianças era o trabalho nas minas de carvão nos séculos XVIII e XIX. Em condições adversas, crianças e demais trabalhadores extraíam cerca de 100 milhões de toneladas de carvão por ano, a fim de serem utilizadas nas fábricas.

Portanto, como sugere Hermida (2021), enquanto as crianças da nobreza e da aristocracia eram retratadas deambulando em jardins, palácios e casarões, as demais crianças - filhos camponeses e principalmente da classe operária vivenciava as consequências desumanas e devastadoras da revolução industrial, pois elas eram exploradas pela burguesia capitalista no sistema fabril, como varredores de chaminés e nas minas de carvão.

Após as considerações acerca das diferenças no tratamento das crianças relacionadas às classes sociais, voltamos à reestruturação do cenário global no século XVIII. Para Frota (2007), a partir do século XVIII há uma reestruturação social em que ocorre a valorização da criança, a qual passa a receber um lugar central na dinâmica familiar e um locus de afeição, necessária entre os cônjuges e entre pais e filhos. Dessa maneira, a família nuclear constituída por pai, mãe e crianças começa a ser priorizada e os pais começam a educar os seus filhos no seio familiar. De acordo com Rocha (2002), por meio dos moldes moralistas do período são feitas imposições de regras e normas para as crianças que deveriam ser mais bem doutrinadas no meio familiar. A criança torna-se alvo de controle familiar ou do grupo social. Isso posto, observa-se que no decorrer dos séculos XVIII e XIX tem um papel central na família e na sociedade, as quais passam a se preocupar com a sua saúde e sua educação.

Ademais, segundo Frota (2007), observa-se a formação de um fortalecimento do vínculo para com as crianças e de um amor familiar. As crianças passam a receber cuidados dos pais, da escola e posteriormente, passa a ter o acompanhamento de diversos especialistas, como psicólogos, pedagogos e fonoaudiólogos. Dessa forma, a infância começa a ser objeto de estudo de diversas áreas de saberes científicos e um campo de atuação interdisciplinar. Essa compreensão histórica da infância se torna importante, dado que, “[...] os direitos da criança e a própria ideia de minoridade, não podem ser entendidos senão a partir dessa formação de um sentimento e de uma concepção de infância” (Cohn, 2005, p. 22). Para Castro (2002), a infância torna-se compreendida a partir de uma imagem de imaturidade, fragilidade

e dependência; o que gerou por parte da família e do Estado Moderno formas de práticas de proteção e controle. Ao se construir o projeto civilizatório da modernidade criou-se a noção de tutela da criança, a qual, por se mostrar como um ser inocente e dependente deveria ser submetida aos cuidados e saberes do adulto, racional e autônomo.

Como relata Fernandes (2009), no início do século XX ocorre um investimento social na infância e o início do movimento em prol dos direitos das crianças através de Eglantine Jebb em 1923. A ativista elaborou o que viria a se chamar Declaração de Genebra, a qual criou a descrição dos sete deveres da humanidade para com as crianças e considerou a criança como sujeito de direitos. No entanto, as preocupações relacionadas aos direitos das crianças se acentuaram após a Segunda Guerra Mundial devido a precariedade e pobreza que a Europa se encontrava. Em 1946 é criado o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tendo como objetivo dar apoio às crianças europeias e tentar melhorar a condição de vida delas, providenciando serviços de saúde, educação, nutrição, entre outros. Como relata Lemos (2012), em 1950, houve uma ampliação da atuação do UNICEF para crianças do mundo inteiro. A fim de garantir os direitos de crianças e adolescentes, bem como fortalecer suas competências, o UNICEF buscava como foco de atuação a família, de maneira a “engajar as famílias em processos de aprendizado e aquisição de habilidades para cuidar das crianças em casa, de forma a melhorar o desenvolvimento infantil nas áreas física, emocional, social e cognitiva.” (UNICEF, 2001, p. 11). Ainda, segundo o relatório da UNICEF (2001), um dos projeto-referência voltado ao atendimento em saúde e educação às famílias e às crianças foi a Pastoral da Criança, a qual passou a promover ações relacionadas a melhoria da saúde das mães e crianças, à orientação dos homens sobre o papel enquanto pai, ao apoio na geração de renda, à alfabetização de homens e mulheres, entre outras competências.

Por outro lado, um dos serviços destinados à educação, Consoante Krammer (1995), foi o Projeto Casulo, o qual visava atender um grande número de crianças a baixo custo, por

meio do fornecimento de assistência a crianças de 0 a 6 anos com o objetivo de prevenir a marginalidade. O UNICEF dedicou seus esforços na primeira infância, tendo em vista ao avanço mundial do investimento preventivo, por meio de serviços sociais básicos de saúde e educação, dado que o “investimento na criança oferecia um melhor aproveitamento escolar, maior produtividade e comportamentos positivos ao longo da vida”. (UNICEF, 2001, p. 17).

Conforme Castro (2002), o reconhecimento dos direitos das crianças propriamente dito pode ser dado pela Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989), que reuniu cerca de cento e oitenta e um países a fim de construir uma visão de infância e a elaboração de valores em torno dela. Estes países, chegaram em alguns acordos, dentre eles, consideraram a criança como todo o ser humano menor de 18 anos. Por meio desse marco etário se estabeleceria o acesso à plena cidadania, a qual se daria somente após a passagem para a maioridade. Consoante Fernandes (2009), a Convenção permitiu a elaboração de sucessivos documentos legais que possibilitaram regular a vida das crianças e padronizar os modos de relação entre família, criança e Estado. Além disso, ela permitiu um avanço aos direitos das crianças, na medida em que implicou aos Estados signatários a adoção dos seus princípios na ordem interna dos países, gerando maior impacto no cotidiano das crianças. Nessa perspectiva, surgiram inovações quanto ao reconhecimento da criança enquanto ser de direitos, tomada de decisão e de voz ativa nos assuntos que lhe dizem respeito.

No entanto, existem críticas quanto aos documentos produzidos, sendo que, a maioria das críticas, segundo Marchi e Sarmiento (2017), estão relacionadas à dominação dos saberes dos países do Norte Global, os quais deram foco em suas concepções de criança e infância, desconsiderando as demais variações culturais. Além disso, para Arce (2015), mesmo que os documentos primam pelos direitos de participação das crianças, de forma paradoxal, elas não são incluídas substancialmente em sua elaboração.

Apesar de em tese haver uma garantia dos direitos para as crianças, ocorre, também, como aponta Postman (2012), o declínio da própria infância, sendo que a infância está cada vez mais garantida legalmente, tem seu valor na construção da vida, entretanto, o processo de subjetivação e seu valor psicoemocional, intelectual e social estão sendo esquecidos. Consoante Castro (2002), como o advento do capitalismo, a infância passou a ter novas posições na sociedade. Inicialmente pode-se observar a posição das crianças enquanto futuras produtoras no mercado de trabalho, tendo a possibilidade de atuar junto ao adulto na missão capitalista do lucro; na proporção em que através do trabalho escolar, tem sua preparação para adquirir um lugar eventual de trabalhador e cidadão. Na sequência, com o impulso crescente do capitalismo, que prioriza os valores de troca sobre os valores de uso, a infância passou a assumir uma posição de consumidora. Ao ter esse lugar, a criança tornou-se aliada e uma parceira ativa do capitalismo, direcionando o que se deve produzir para consumir.

Segundo Postman (2012) a noção de infância foi uma das grandes invenções da Renascença, surgindo como uma estrutura social e como uma condição psicológica por volta do século XVI, acompanhando o surgimento da imprensa e da alfabetização socializada. A imprensa, ao criar a necessidade de competência de leitura, criou também uma definição de idade adulta e em contrapartida uma concepção de infância baseada na incompetência de leitura. Para o autor, antes desse período a infância terminava aos sete anos e a idade adulta começava imediatamente, não havendo um estágio intermediário.

Postman (2012), ao estudar as mudanças da infância americana entre os anos de 1960 e 1990, identificou um processo histórico em curso de desvalorização da infância. Nesse período, ele observou alguns acontecimentos: a diminuição dos programas infantis e acesso às mesmas mídias que os adultos, a adultização das crianças no cinema e nas animações; o aumento do comportamento infantilizado dos adultos, o consumismo e a influência das crianças nos padrões de consumo da família, bem como os padrões de vestuário infantis

imitando a moda adulta. Para Postman (2012), esses fatos estão ligados ao surgimento da imprensa, a qual, por meio da invenção dos meios instantâneos e visuais de comunicação, retirou a diferença de linguagem dos adultos e das crianças, permitindo com que essas imagens sejam vistas por todos ao mesmo tempo. Portanto, fez com que adultos e crianças ficassem em posições sociais semelhantes. Viana (2018), cita outras mudanças sociais globais que possibilitaram o percurso de desaparecimento da infância, como a diminuição progressiva da idade de entrada na escola, a inserção da mulher no mercado de trabalho, o aumento do calendário escolar, a expansão do ensino integral, o aumento da publicidade infantil e dos produtos direcionados à infância; o acesso da criança a eletrônicos; o aumento do medo e da insegurança nas ruas devido a violência urbana; dentre outros.

Todas essas mudanças sociais no mundo capitalista contemporâneo contribuíram para que, segundo Viana (2018), as crianças sejam submetidas a uma exposição midiática irrestrita e inadequada para idade; estejam sofrendo com o processo de patologização da infância que inclui o aumento acentuado de transtornos mentais infantis como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Segundo os dados do Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC, 2023), o processo de patologização da infância vem aumentando nos últimos anos, em dezembro de 2021 foi divulgada uma pesquisa que indicava um número de 1 em cada 44 crianças com autismo nos Estados Unidos da América (EUA), partindo de uma coleta de dados do ano de 2018. Já a pesquisa recente de março de 2023, com dados coletados em 2020, mostra um novo número: 1 em cada 36 crianças de 8 anos autistas nos EUA, o que significa o aumento do número de casos de aproximadamente de 22%, comparando com a pesquisa anterior. Bertolotti e Garcia-Santos (2012) apontam também para o aumento dos casos de obesidade infantil, que se deve aos maus hábitos alimentares das crianças, incluindo o consumo excessivo de produtos industrializados e, também, ao sedentarismo, associado ao

enorme tempo que as crianças passam utilizando aparelhos eletrônicos, sem movimentar o corpo.

Ainda, segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU, 2012), uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo apresenta algum transtorno mental, já no Brasil a prevalência de transtorno mental gira em torno de 7 a 13%. Conforme os levantamentos da OMS (2022), cerca de 8% das crianças do mundo (5 a 9 anos) e 14% dos adolescentes do mundo (10 a 19 anos) convivem com um transtorno mental. Dentre os transtornos mentais mais comuns na infância avaliados estão os Distúrbios do Desenvolvimento Idiopático, que causam deficiência de desenvolvimento e o Transtorno do Espectro Autista. Além disso, outros transtornos mentais são citados, como os transtornos depressivos e a ansiedade, a qual tem prevalência de 4,6% a 5,5% em adolescentes. O documento da OMS (2019) ainda aponta para o aumento dos transtornos de comportamento na infância, como do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e os Distúrbios de Conduta (Transtorno Opositor Desafiador e Transtorno de Conduta), os quais apresentam a prevalência de 4,5- 4,6% em adolescentes de 10 a 14 anos.

Consoante Christofari (2022) houve na atualidade uma ampliação crescente da intervenção da medicina na vida das pessoas, transformando problemas sociais em problemas individuais a serem tratados pelo médico. Diante disso, como estratégias têm se apresentado o uso indiscriminado de medicamentos, incluindo o uso acentuado de psicotrópicos pelas crianças. Silva, Ferraza e Leite (2022) revelam que a medicalização da infância tem ocorrido a “todo vapor”, demonstrando uma disfunção nas áreas de educação e saúde, tendo como consequência a responsabilização da criança pelos problemas sociais, educacionais e familiares.

A saber, como refere Christofari (2022), o processo de medicação relaciona-se ao ato de medicar que pode ou não estar relacionado ao processo de medicalização. Já o fenômeno

da medicalização abarca um conceito mais amplo que diz respeito à lógica de transformação de questões de ordem política, social e econômica em questões individuais. É uma temática estudada por autores como: Barros (1983), Collares e Moysés (1994), Caponi (2010, 2013) e aborda a transformação das características da infância em patologias. Por exemplo, características da infância esperadas como a agitação, resistência, intensidade de sentimentos, desatenção, oposição, são muitas vezes enquadrados no rol de comportamentos patológicos. De acordo com Christofari (2022), a medicalização da infância na contemporaneidade produz visões reducionistas, explicando comportamentos infantis pela via individual e biológica, desconsiderando os demais atravessamentos do desenvolvimento infantil: a história de cada indivíduo, suas relações sociais, econômicas e culturais.

No levantamento bibliográfico de Pande, Amarante e Baptista (2020) de artigos internacionais e nacionais apontou-se para um aumento do número de prescrições psicotrópicas para crianças diagnosticadas com transtornos mentais e comportamentais. No Brasil, a revisão demonstrou a precariedade de pesquisas epidemiológicas e clínicas no campo da saúde mental infantil. No entanto, a vasta produção de estudos internacionais tem se colocado como referência para a análise de dados brasileiros, revelando um aumento significativo de crianças submetidas a tratamento psicofarmacológico nas últimas décadas, bem como uma prevalência de casos de TDAH. Ainda, segundo os autores, grande parte dos psicofármacos utilizados na infância podem ser caracterizados como *off label*, que são as medicações não aprovadas pelas agências de regulação, devido à falta de índices satisfatórios da eficácia, eficiência, e segurança necessárias para a sua autorização. No caso do Brasil, alguns psicofármacos foram aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o uso da população infantil e outros são prescritos sem estudos suficientes que garantam a segurança do seu uso, como no caso do uso da risperidona, que apresenta poucos estudos do uso em pessoas com menos de 13 anos de idade. Cabe mencionar que o uso *off*

label não é proibido, já que há um entendimento que os médicos têm o direito de prescrever medicamentos para usos não autorizados.

No entanto, contextualizando a medicalização da infância, o que se observa é que há uma falta de pesquisas consistentes quanto ao uso das medicações no contexto infantil, sendo que muitas vezes o uso é replicado pelo modelo de uso dos adultos. Outra questão trazida por Pande, Amarante e Baptista (2020) é o aumento da polifarmacologia, que se refere ao uso simultâneo de mais de um medicamento, e que tem se perpetuado na população infantil. Como exemplo, tem-se os casos de TDAH, em que são combinadas diversas medicações para o tratamento. Os autores abordam que pesquisas apontam como a polifarmacologia pode potencializar os efeitos adversos das medicações e anular os resultados terapêuticos ou causar danos letais, como nos casos de mortes súbitas devido ao uso combinado de substâncias como a fluoxetina e o metilfenidato.

Como expressa Caponi (2018), o que se assiste na atualidade é uma multiplicação de diagnósticos psiquiátricos relacionados à primeira infância, infância ou adolescência, as quais muitas vezes são tratadas de forma medicamentosa, pautando-se no discurso da necessidade de antecipar problemas graves que poderão ocorrer na vida adulta caso os transtornos mentais da infância não sejam corretamente diagnosticados e tratados no momento certo.

Consoantes ao que expõe Deleuze (1990), ocorreram modificações históricas na sociedade que permitiram uma mudança da posição de uma sociedade disciplinar, com mecanismos de controle repressivos, para uma sociedade de controle, que se caracteriza por mecanismos de vigilância constantes e capilares. Em relação às crianças, a sociedade atual está menos repressora, de forma que diminuiu os castigos e punições relacionados à elas. Entretanto, ao mesmo tempo tem operado com vigilância constante dos adultos, por meio de celulares e câmeras, dificultando qualquer comportamento desviante por parte da criança.

Para Viana (2018), a escola tem permitido um controle constante das crianças, as quais, ficam submetidas à supervisão de adultos, tendo uma limitação da possibilidade de vivenciar suas próprias experiências, suas subjetividades, inventar suas brincadeiras com liberdade e resolver os seus próprios conflitos. Além disso, para a autora as crianças na atualidade têm tido seus cuidados terceirizados, passando a maior parte do tempo na escola, cumprindo pesadas agendas de “atividades” e ficando mais de oito horas por dia no ambiente escolar. Essa rotina da educação escolar em tempo integral tem cerceado o tempo das crianças para viver outras experiências fora do ambiente escolar, como com a comunidade, a família, e outros.

Assim, retomando Postman (2012), a infância que havia conquistado seu espaço no meio social e familiar, atualmente vem perdendo lugar devido ao excesso do amadurecimento exigido pelo capitalismo. Conforme as análises de Kobori e da Silva (2022), é possível observar hoje em nosso meio a diminuição do universo infantil, em que muitas vezes, o faz de conta, as brincadeiras e a possibilidade de errar para aprender dá lugar para uma imposição social, com frequência velada, de que a criança deve ter um bom desempenho, dedicando o máximo de tempo das suas horas livres em atividades extracurriculares, visando ser no futuro um “adulto bem-sucedido”.

Como menciona Viana (2018), a expressão “terceirização da infância” tem sido usada para denominar a delegação dos cuidados integrais com as crianças para outras pessoas, como babás ou instituições profissionais, como a escola. Conforme Martins Filho (2012), esta transferência de cuidados faz com que os pais e a família tenham um papel distante e nebuloso na promoção de um desenvolvimento emocional positivo. Hannah Arendt (1961) já analisava a tendência dos adultos não se ocuparem das crianças, pois, “[...] a autoridade foi recusada pelos adultos, e isso somente pode significar uma coisa: que os adultos se recusam a assumir a responsabilidade pelo mundo ao qual trouxeram as crianças.” (p. 240). Dessa forma,

Hannah Arendt (1961) aborda que as famílias deixam de se responsabilizar pelas crianças e acabam delegando a educação delas para outras instituições. Neste sentido, apresentam um movimento de deixar que as crianças façam escolhas e tomem decisões sobre o que comer, vestir, consumir, estudar. Esta ausência de responsabilização, para a autora, gera como consequência uma infantilização do próprio mundo adulto, visto que a ausência de responsabilidade é um traço infantil.

Martins Filho (2012) ressalta o fato de que muitos adultos atualmente terceirizam os filhos para que esses não interfiram na sua liberdade ou lazer. Já Sayão (2011), acredita que a geração de adultos atual se preocupa excessivamente com suas atividades e interesses pessoais, delegando a profissionais os aspectos considerados mais áridos dos cuidados com crianças. Além disso, para Viana (2018), a terceirização ocorre, também, devido a supervalorização da ciência na educação e desvalorização de formas tradicionais de educar, com as que eram transmitidas de pai para filho ou simplesmente compartilhadas pelas comunidades. Esta desvalorização gera um sentimento nos pais da incapacidade de cuidar e educar as crianças, o que tem refletido na transferência de responsabilidade para supostos especialistas. Consoante Nogueira (2005), esta insegurança das famílias, se vincula ao fato de as crianças serem consideradas importantes para seus pais, significando, hoje, bem-estar afetivo e realização, o que implica que muitos pais adotem uma postura de amizade e não de autoridade. Como consequência, cria-se uma simetria nas relações pais e filhos, retirando qualquer tipo de autoridade ou hierarquia moral. Ademais, conforme Corso e Corso (2006), o capitalismo exige dos pais um trabalho por horas a fio, o que gera uma dinâmica familiar em que ocorre a ausência dos pais e da falta de atenção, e exigem mais tempo de competências das crianças fora de casa.

Muitas vezes a terceirização do cuidado da criança ocorre por meio da institucionalização nas escolas. Segundo Viana (2018), na última década houve um aumento

acentuado do ensino integral, o qual implica em uma jornada escolar com duração igual ou superior a sete horas diárias, durante todo o período letivo” (PNE, 2014, p. 28). Para Viana (2018), a criança, neste contexto, permanece basicamente o dia inteiro na escola, trazendo consequências para a sua rotina, a diminuição do tempo para atividades de lazer e convívio com os familiares. A restrição do tempo e do espaço infantil por meio da educação integral tem como consequência a constituição de uma cultura da agenda, que impõe diversas atividades escolares e impede que a criança permaneça ociosa. Marilda Lipp (2008) aborda como o excesso de atividades escolares tem afetado as crianças, estando associado diversas vezes ao estresse infantil: pelo cansaço, atividades programadas e falta de tempo livre.

Dessa maneira, de acordo com Viana (2018), vemos que a criança contemporânea vive hoje a maior parte do seu tempo em espaços coletivos e institucionalizados, tendo pouca atenção individualizada. Tem ocorrido um fenômeno de abandono simbólico da infância devido a sua institucionalização em massa, a qual impede a criança de desenvolver sua liberdade, criatividade e a isola da sociedade. Sayão (2011) reflete sobre este abandono simbólico ao questionar que hoje as crianças podem ter pai, mãe, babás, professores dedicados e diversos profissionais dando auxílio, mas enquanto crianças, estão abandonadas.

Portanto, aqui vemos que a infância passou por muitas reconfigurações conforme cada contexto social e consoante cada período histórico. De forma geral, nas sociedades tradicionais, no decorrer da Idade Média, a infância pouco se diferenciava da etapa de vida adulta, dessa maneira, as crianças se uniam com os adultos em festas, cerimônias, no trabalho, nos jogos. A infância ocupava neste momento um papel social secundário e os laços sentimentais eram geralmente distantes. Esses aspectos se ligam ao contexto social de alta taxa de mortalidade infantil e às práticas normalizadas de infanticídio. A educação da criança raramente ocorria na própria família, muitas vezes era terceirizada para outra.

Já na Idade Moderna inicia-se o um sentimento de infância enquanto etapa distinta da vida adulta, nesse sentido a criança passa a ser considerada como um ser frágil que necessita de cuidados específicos, passa a ser alvo de medidas voltadas para a saúde e educação. A criança começa a ser educada no seio familiar, ocupando um lugar afetivo mais próximo na família. A educação passa a ser realizada também nas escolas, de maneira que a disciplina se torna essencial no intuito de prevenir problemas sociais no futuro. Os discursos de seguridade e proteção da infância legitimam a tutela dos cuidados das crianças por diversos especialistas.

Com o incremento do capitalismo as crianças tornaram-se consumidores e futuros produtores de trabalho e lucro para a sociedade. Por isso, houve um investimento acentuado na educação dos pequenos com a maioria submetida a uma educação integral nas escolas, que promoviam sequestrado tempo, oferecendo pouco espaço para a criatividade e para vivência da infância. Nessa direção, na atualidade, observa-se o aumento do número de diagnósticos de transtornos mentais na infância e como consequência o crescimento da medicalização da infância. Além disso, identifica-se um processo de terceirização dos cuidados das crianças, sendo que cada vez mais os pais transferem a responsabilidade de cuidado da criança para outras instituições como a escola e demais instituições de cuidados.

Como efeito, embora haja uma exacerbação do apego pela criança, no geral, devido a cobrança do capitalismo, os pais, que trabalham para que os filhos prosperem e obtenham sucesso no futuro, dedicam a maior parte de seus dias ao trabalho e precisam transferir os cuidados dos filhos devido à falta de tempo. Assim, ao se sentirem inseguros na educação dos filhos e deslocar o cuidado, acabam adotando uma relação horizontal com os filhos, os tratando, muitas vezes como amigos e adultizando a forma de se comportarem. Para tanto, as crianças contemporâneas podem ter maior autonomia sobre os seus comportamentos, mas ao mesmo tempo vivenciam uma ampla rede de controle institucional, que delimita e cerceia o tempo para criar e subjetivar.

Destarte, o que se tem visto na atualidade é um apagamento simbólico da infância. Um sequestro da possibilidade de viver a infância de forma mais livre, que conforme Leite (2011), deveria ser um espaço de abertura, um lugar onde vários modos de produção de sentido podem circular, um locus de experiências. Nessa direção, enquanto o adulto na atualidade se ocupa de pensar em um tempo cronológico, linear, para produzir um suposto desenvolvimento das crianças, a infância delas são roubadas. Ou seja, é retirada delas a possibilidade de ter o próprio tempo, descontínuo, para viver suas experiências singulares.

3.2 A INFÂNCIA GERENCIADA E ESQUADRINHADA

3.2.1 Cuidados Direcionados à Infância no Brasil até o Período Imperial: a Infância Esquecida

Buscou-se aqui revisitar os cuidados e intervenções destinadas à infância no Brasil. Para tanto, será realizada uma breve contextualização histórica da assistência à infância desde o período colonial até o período imperial. Pretende-se discutir o conjunto de instituições e os dispositivos de poder engendrados em torno da infância, analisando os possíveis modos de disciplinarização dos corpos na infância no decorrer desses períodos.

De início, cabe salientar que, a trajetória social de ações destinadas à infância no Brasil é marcada por diversas privações e dificuldades. Ao levantar seu histórico observamos diversos fenômenos sociais enfrentados, tais como: maus tratos, abusos sexuais, mortalidade infantil, miséria, fome, crianças sem teto, sem família, escrava do trabalho. Estas questões, consoante Marcílio (1998) foram em muitos momentos perpassadas pela ausência de direitos sociais e entre outros, foram somadas à normalização e controle dos corpos das crianças.

Como demonstra Del Priore (2015), as primeiras crianças que chegaram ao Brasil no século XVI, vieram em embarcações lusitanas. Durante a viagem, algumas crianças eram levadas como escravas por navios piratas, sendo entregues à prostituição; outras, sofriam abusos dos

marujos nas naus. A viagem era atravessada por condições adversas e precárias para todos. Para as crianças, havia o risco da violência sexual, algumas eram submetidas a trabalhos forçados, ainda poderiam ser acometidas por doenças e inanição, passavam por situações de fome e sede extremas ao longo do percurso. Diante desses riscos, poucas crianças sobreviviam e chegavam ao Brasil com vida. Este retrato inicial da vinda das crianças ao Brasil demonstra, segundo Del Priori (2015, p. 49) a ausência de percepção do adulto sobre a infância, já que elas eram vistas como “adultos em corpos infantis” (Del Priore, 2015, p.49).

Ao percorrer as representações da infância no período colonial, temos primeiramente a influência dos jesuítas sobre as crianças por meio de ações pedagógicas. Nesse período, as crianças que habitavam o país eram em sua maioria indígenas, as demais, trazidas, eram brancas vindas em embarcações portuguesas. Segundo Neto (2000), os jesuítas entendiam que a infância era o período crucial para que ela fosse moldada, antes que atingisse a puberdade, momento esse, que já poderiam ser corrompidos pelos adultos à sua volta. Dessa forma, para evitar que as crianças seguissem os hábitos dos adultos, a ordem jesuíta criou o projeto pedagógico de colonização jesuítica que abarcava a catequese e ensino das crianças nativas: ler, escrever e cantar músicas cristãs. Em contraponto, as crianças brancas não recebiam tal prioridade. A missão do projeto era divulgar por meio da catequização a fé cristã, bem como conservar a obediência e a docilização de crianças indígenas.

Para Rizzini e Pilloti (2011), os jesuítas enxergaram nessas crianças uma espécie de “tábua rasa” capaz de aprender os conceitos cristãos mais facilmente que os indígenas adultos. Essa ideia de enxergar a criança como “papel branco” era fruto das novas concepções de infância que estavam surgindo na Europa. As ações de ensino e catequização buscavam converter e disciplinar as crianças indígenas, as transformando em “futuros súditos dóceis e permitir a conversão dos adultos às estruturas sociais e culturais recém-importadas” (Rizzini; Pilloti, 2011, p. 17). Consoante Priore (2015), os indígenas adultos eram opositores à

evangelização jesuíta, dessa maneira, a catequização das crianças viabilizava a conversão futura dos adultos, uma vez que, as crianças pouco contradiziam ao que era ensinado. Elas faziam progresso nas doutrinas, repreendiam seus pais e delatavam quando esses praticavam os seus habituais costumes. Além disso, permitiam a “substituição de gerações”, pois, quando tivessem aprendido as doutrinas, os bons costumes, a ler e a escrever, poderiam suceder a geração anterior.

A disciplinarização das crianças pelos jesuítas nas aldeias começou com a construção de pelourinhos e troncos para exercer o castigo daqueles que fugissem da escola. O nomadismo dos índios era um perigo para a catequização, já que as crianças ao se afastarem da doutrina poderiam retomar os antigos costumes. A puberdade, também, era vista como um risco para o abandono do seguimento cristão, pois, ao entrarem nesta etapa de vida, os índios bebiam, dançavam e poderiam se afastar do ensino cristão. Diante dessas condições, os padres pediam à Coroa um rígido sistema disciplinar, que incluía vigilância constante, delações e castigos corporais (Del Priore, 2015).

Como aborda Neto (2000), os jesuítas enfrentaram um problema: não conseguiram enquadrar as crianças abandonadas, órfãs e migrantes em seu projeto. Assim, por não conseguirem enquadrar as crianças nesse panorama, algumas ações foram tomadas para prevenir situações que poderiam gerar abandono e sofrimento. Dessa forma, desde o período colonial e prosseguindo durante os três regimes brasileiros, é instalada no Brasil, uma instituição de origem medieval, chamada Roda dos Expostos.

As rodas dos expostos, conforme Freitas (1997), tiveram origem na Idade Média e na Itália. Elas iniciam-se por meio do surgimento das confrarias de caridade, no século XII, que se presentificavam com o intuito de garantir socorros mútuos, para a realização das Obras de Misericórdia. As rodas se constituíam como:

dispositivos onde se colocavam os bebês que se queriam abandonar. Sua forma cilíndrica, dividida ao meio por uma divisória, era fixada no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior e em sua abertura externa, o expositor depositava a criancinha que enjeitava. A seguir, ele girava a roda e a criança já estava do outro lado do muro. Puxava-se uma cordinha com uma sineta, para avisar a vigilante ou rodeira que um bebê acabava de ser abandonado e o expositor furtivamente retirava-se do local, sem ser identificado (Freitas, 2003, p. 57).

No Brasil, a primeira Roda dos Expostos aberta foi a da Santa Casa de Misericórdia em Salvador, criada no ano de 1726. Os bebês expostos eram colocados numa espécie de artefato de madeira fixado ao muro ou à janela das Santas Casas de Misericórdia, de forma que o depositante da criança não fosse visto por quem ali a recebesse. Para Venâncio (2010), diversos fatores estavam envolvidos nos abandonos: falta de recursos financeiros, filhos fora do casamento, escravas que tinham filhos com seus senhores, entre outros.

Nas cidades onde não houvesse a institucionalização das rodas, caberia às câmaras a assistência às crianças abandonadas. De acordo com Venâncio (2010), as verbas para as Santas Casas e a manutenção das rodas vinham das câmaras, a assistência dada aos expostos era feita tanto por elas, quanto pelos hospitais. Essa atenção dada à criança exposta seguia uma sequência:

A criança era registrada num livro de matrícula de expostos e encaminhada para uma ama de leite por um período de três anos. Depois de completado esse tempo, a criança era enviada a uma ama-seca que a mantinha em sua casa até aproximadamente sete anos de idade; daí por diante, ela deveria ser entregue ao juiz dos órfãos (Venâncio, 2010, p. 126).

Posteriormente, a assistência prestada às crianças abandonadas passou exclusivamente ao Estado, se afastando do caráter caritativo e passando para o filantrópico. Um exemplo é o caso da roda de Salvador, fundada pela Irmandade da Misericórdia em 1726 permaneceu com

caráter religioso até 1828, haja vista que nesse ano se promulgaria a lei que tornava o governo o principal mantenedor financeiro da roda.

Conforme Sanglard (2005), as Irmandades da Misericórdia e particularmente as Santas Casas desde o período colonial até o início do século XX foram as principais responsáveis pela assistência médica como pela assistência à infância no Brasil. Elas eram sustentadas pelas ações caritativas e filantrópicas, por meio de esmolas, doações de fiéis, legados testamentários e dotações dos governos, tanto da coroa portuguesa, quanto do governo imperial e posteriormente republicanos.

No cenário caritativo do período colonial, como aborda Costa (1989), a família patriarcal era a base de um sistema fundado em uma estrutura econômica latifundiária e escravocrata. Nesse modelo, o pai era a figura central da família, sendo que tanto a esposa quanto os filhos, parentes, escravos eram sujeitados ao autoritarismo do patriarca, o qual tinha o direito de castigar fisicamente todos os que não cumprissem suas ordenanças. Nesse cenário, a criança ocupava um papel secundário na teia de relações hierárquicas extremamente verticalizadas.

Os castigos físicos introduzidos pelos jesuítas no Brasil foram adotados também no período. Para Del Priore (2015), o amor dos pais deveria ser inspirado pelo amor divino, que era expresso por meio de castigos e trabalhos. Diante desse discurso, muitos pais se utilizavam de violência física com os filhos e, também, com as esposas. De forma recorrente, várias mães eram abandonadas juntas aos filhos, vivenciando situações de instabilidade econômica e fome.

A punição física também era empregada nas escolas régias que adotavam como meio de disciplinarização as chamadas palmatórias. Elas eram usadas quando as crianças, supostamente por preguiça, não cumpriam com as atividades propostas durante as aulas. A preocupação pedagógica era transformar as crianças em indivíduos responsáveis, mas para

atingir essa missão, elas deveriam seguir devotamente a educação básica do ensino de letras e escritas, bem como os ensinamentos da doutrina cristã. Afinal, o ensinamento cristão era o aspecto em comum entre as diferentes crianças neste período, desde as da elite, as livres e as escravas (Del Priore, 2015).

No decurso de transição entre colônia e império, observa-se que a importância da criança também é dada de forma secundária. Conforme Del Priore (2015) identifica-se uma escassez documental das irmandades e confrarias, no que se diz respeito à infância. No que tange à sobrevivência das crianças também há falta de registros, já que a morte nesse percurso era tratada como uma fatalidade, sendo que as crianças que morriam eram substituídas pelas que nasciam. A falta de atenção à infância era naturalizada, principalmente nas camadas mais pobres.

Passando ao século XIX na Europa, pela influência humanista se inicia a descoberta da infância e adolescência como etapas distintas da vida. Segundo Del Priore (2015), os termos surgem pela primeira vez no dicionário em 1830, sendo que criança passa a significar “criação”, mas para a espécie humana. A infância seria definida pela primeira etapa de vida que vai do nascimento aos três anos, caracterizada, principalmente, pela ausência da fala ou imperfeição dela. A etapa dos três até cerca de doze anos seria nomeada como puerícia. Esses momentos determinavam a meninice, ou seja, a falta de juízo que era tida pelo adulto.

As ideias humanistas sobre a infância são propagadas no Brasil e contribuem no período imperial com a formação de uma sociedade conduzida pelos moldes europeus. Muaze (1999) aborda sobre a construção de hábitos civilizados na sociedade imperial brasileira, exclusivamente nas famílias da elite, as quais eram educadas conforme os costumes e valores importados da Europa como instrumento para compor um Brasil civilizado. Nesse sentido, a educação com base nos princípios morais aconteceria primordialmente dentro do lar, que englobava a condenação de mimos para as crianças, o ensino da rotina doméstica de orações

antes e depois de dormir, bem como o afastamento da convivência com os escravos domésticos. A escola era uma via de instrução para os meninos e meninas da elite, que recebiam uma educação enciclopédica e diferenciada, incluindo a passagem por sabatinas e arguições.

Como refere Del Priore (2015), os meninos de elite iam para a escola aos sete anos e só terminavam sua instrução, dentro ou fora do Brasil, com um diploma de doutor, geralmente de advogado. Eles tinham como alternativa aos colégios particulares a possibilidade de formação militar em colégios navais. Já as meninas, se dedicavam aos dotes sociais e às habilidades manuais. Somente “por volta de 1870, começaram ser instruídas nos currículos escolares em disciplinas como línguas nacional, francesa e inglesa, aritmética, história antiga e moderna, mitologia” (p. 150). Portanto, as crianças da elite viviam um padrão constante de disciplinarização; porém, elas podiam ter acesso aos momentos de lazer: ida aos teatros, aos zoológicos, às fazendas, aos passeios de barco e bonde, dentre outros.

Em contrapartida, o contexto das crianças escravas era totalmente diferente. Estas, eram desprovidas de direitos desde o nascimento e muitas vezes eram vendidas desde bem jovens. Somente em 1869 é proibida a separação de famílias escravas por meio de venda, mas, mesmo assim, muitas vezes tal determinação não era cumprida. Ainda segundo Del Priore (2015) às crianças escravas mais novas cabiam o cumprimento de funções sociais mais simples, já as mais velhas, por volta dos doze anos faziam os trabalhos mais pesados. Aos quatorze anos geralmente assumiam trabalhos semelhantes aos realizados por escravos adultos. (p. 184). Logo, nesse cenário, as crianças escravas eram fadadas a uma vida cruel e dura de trabalho e em muitos momentos eram acometidas por fatalidades físicas de doenças e até mesmo a morte.

Além disso, as crianças abandonadas e as consideradas anormais também tinham destinos diferentes: o hospício ou as Santas Casas da Misericórdia. Como aborda Rey (2012),

é possível encontrar vestígios da convivência de crianças e adultos no Hospício Dom Pedro II, instituição carioca que depois viria a se chamar Hospital Nacional dos Alienados. Estas crianças recebiam o mesmo tratamento destinado aos adultos. A saber, como mostra o dicionário histórico biográfico das Ciências da Saúde no Brasil, o Hospício Dom Pedro II, criado pelo decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, foi o primeiro estabelecimento no Brasil a dedicar-se ao tratamento dos alienados. Antes eles não recebiam proteção governamental, viviam livremente pelas ruas, e quando geravam algum perigo para a sociedade tinham como destino as cadeias, Santas Casas da Misericórdia, hospitais de Ordens Terceiras (também vinculados às Santas Casas) ou em suas próprias residências.

Segundo Teixeira (1997), o regimento interno das Santas Casas em 14 de março de 1858, determinava o não recolhimento das crianças incuráveis, que apresentavam alguma classificação diagnóstica de idiotia e imbecilidade (p.60). Tanto as Santas Casas como o hospício Dom Pedro II, a criança anormal ou idiota, era considerada como incurável e intratável, o que não abriria espaço para sua inclusão como parte da clientela. Por não serem passíveis de tratamento, as crianças anormais poderiam transitar nos mesmos espaços institucionais que os adultos. De acordo com dados do cotidiano do Hospício, a presença não só de crianças idiotas, mas de desvalidos chegou em 1886, a ser 2/3 de sua população. Assim, “as crianças consideradas como incuráveis continuaram no Hospício Dom Pedro II até a realização de denúncias e reformas no início da década de 1900” (Teixeira, 1997; p.60).

Abordamos até o momento como a punição e correção eram referência nas práticas voltadas para os corpos das crianças, que nesse cenário tinha um papel representativo secundário, não recebendo um *locus* privilegiado de atenção, especialmente as crianças pobres, abandonadas e as consideradas anormais. Essas últimas não eram abarcadas por um espaço separado dos adultos para serem atendidas e eram caracterizadas como intratáveis e

como um risco social. Somente no início do período imperial se inicia uma distinção da infância como etapa separada da vida adulta, mas ainda de forma singela. (Marcílio, 1998)

Além disso, observa-se, conforme Marcílio (1998), que os gestos de assistência à infância eram restritos, não chegando a configurar uma política de atenção ou proteção à infância. As práticas destinadas à infância do período colonial ao imperial se pautaram essencialmente em ações assistenciais e caritativas, como as promovidas pelas Irmandades da Misericórdia.

3.2.2 Projeto Civilizatório e os Perigos da Infância à Partir do Período Republicano: A Disciplinarização da Infância

O cenário que configura essa discussão é permeado por movimentos sociais e políticos no final do século XIX e início do século XX em torno de um projeto civilizatório para o Brasil republicano. Como aponta Silva (2008), a república recém proclamada serviria como uma motriz para um “fazer” parecido com o das sociedades consideradas desenvolvidas e civilizadas, que constituíam o ideal europeu. A elite dominante visava a modernização do Brasil, mas para isso era necessária a extinção das doenças e das péssimas condições de vida e subsistência em que a população vivia. Assim, surge o higienismo acompanhado do discurso médico-higiênico para a transformação política e econômica brasileira.

O higienismo, na concepção de Mansanera e Silva (2000), entendia que a desorganização social e o mau funcionamento da sociedade eram as causas das doenças, cabendo aos médicos intervir e fazer reflexões em torno dos componentes naturais, urbanísticos e institucionais do país, a fim de neutralizar todo perigo possível. As ideias higienistas começam a ser empregadas em todas as esferas da vida cotidiana, como a educação, o trabalho e a família.

Como aborda Passetti (1999), os higienistas por meio de seus conhecimentos médicos sobre higiene, controle, prevenção de doenças contagiosas e epidemias, começaram a estabelecer indicativos disciplinares para definir o que era normal e o que era patológico. Por meio das intervenções desses profissionais sobre a sociedade em geral, mas especificamente em relação à infância, foram aplicadas medidas de aconselhamento e punição às pessoas que infringiam as regras de higienização, a fim de preservar e proteger a segurança nacional. É neste panorama em que, segundo Engel (2002), a psiquiatria surge como um campo específico do conhecimento médico no Brasil a partir de 1880, consolidando-se e legitimando-se nas primeiras décadas da república.

As práticas médicas passam a se apropriar da infância como objeto, como etapa de vida que necessita de intervenção. Para Rago (1985), a criança deixa de ocupar uma posição secundária e indiferente para a nação, sendo elevada como figura central no interior da família, demandando um espaço próprio e de atenção especial “por meio de tratamento e alimentação específicos, vestuário, brinquedos e horários especiais, cuidados fundamentados nos novos saberes racionais da pediatria, da puericultura, da pedagogia e da psicologia”. (p. 117).

Os médicos e demais articuladores do movimento da higiene social tomaram para si a tarefa de proteger higienicamente a coletividade, por meio de hábitos saudáveis, e o combate à pobreza. Segundo a concepção higienista, não era possível fazer uma grande nação com uma raça inferior, abarcada pela mestiçagem, como eram os brasileiros. O teor da eugenia passa a ser também um alicerce do movimento higienista. Francis Galton (1822-1911), fisiologista inglês, cunha o termo Eugenia para designar a ciência que trata dos fatores capazes de aprimorar as qualidades hereditárias da raça humana. Para ele seria possível um melhoramento humano por meio do encorajamento do nascimento de indivíduos mais eminentes ou capazes, e desencorajamento do nascimento dos incapazes. Conforme Silva

(2008), a eugenia empregada no projeto civilizatório brasileiro passa a adotar um ideal fundamentado em preceitos morais, que pretendia construir uma nação civilizada, ou mesmo a melhoria da população através de um incremento em suas condições físicas, mas para isso seria necessário a exclusão da população negra e mestiça, a qual era considerada como inferiores.

Mesmo com o país submergido por ideais eugênicos nesse período, a partir de movimentos sociais ocorre a abolição da escravatura que se inicia com a Lei do Ventre Livre (1871), a partir da qual seriam libertos os filhos das mulheres escravizadas; seguida da Lei do Sexagenário (1886), que deu liberdade aos escravos maiores de sessenta anos, e por fim, a abolição definitiva, em 1888. Nesse cenário em que se desenvolve uma libertação em massa de escravos negros, ocorre uma imigração maciça destes para o Rio de Janeiro e São Paulo, agudizando no país o problema de moradia do trabalhador pobre e acarretando a proliferação de cortiços pelas cidades. Assim, a preocupação nacional se atém à chamada "questão social, a qual, era conduzida pela preocupação de médicos e juristas com as camadas pobres dos (recentes) centros urbanos industriais, particularmente com as mães e as crianças". (Sanglard; Gil, 2014, p. 68).

A assistência, conforme Sanglard e Gil (2014), foi uma das formas de suavizar a pobreza, inicialmente por meio de ações das irmandades devocionais e/ou confrarias profissionais, e posteriormente por instituições filantrópicas laicas ou confessionais. Por meio de ações de caridade e pelo manejo das instituições filantrópicas pretendia-se diminuir os problemas que atingiam a infância. Nessa direção, veiculou-se ações caritativas, de filantropos, médicos e juristas, formando-se um equipamento médico-jurídico-assistencial no Brasil República para gerir uma infância em especial: a infância pobre. Para Roma (2016), o problema da infância no Brasil Republicano é composto pela mortalidade infantil, como objeto da ação de médicos; e pela delinquência infantil, como foco dos juristas.

A primeira preocupação nacional foi o combate à mortalidade infantil. Conforme Del Priore (2015), a ausência de vacinação regular, a falta de conhecimento sobre as doenças contagiosas e de condições de higiene favoráveis, foram fatores que contribuíram para que as crianças fossem acometidas de doenças letais como febre amarela, febre palustre, meningite, pneumonia, tuberculose e outros diagnósticos. O sentimento de perda diante da alta taxa de mortalidade infantil, começou a alavancar o desenvolvimento de medidas para a sobrevivência das crianças.

A preocupação com a infância se torna maior nesse período do que nos outros, pois, como aborda Rizzini (1997), a criança no projeto civilizatório do país simbolizava a esperança no futuro do Brasil enquanto uma nação civilizada. Com isso, foi adotada uma postura salvacionista, onde a intervenção sobre a criança era entendida como a ação por um futuro melhor para a nação. Portanto, a criança representava a possibilidade do novo, a possibilidade de renovação, precisando de uma especificidade e da construção de intervenções em torno dela.

O primeiro eixo de intervenções em torno da infância foi o combate à alta taxa de mortalidade infantil. Nesse sentido, encontramos médicos e juristas impondo medidas para o aleitamento materno e a puericultura, a fim de prevenir as mortes na infância. Podemos destacar algumas instituições que se dedicaram a esse combate: o IPAI de 1899, dirigido por Moncorvo Filho; a Policlínica de Botafogo, também de 1899, dirigida por Luiz Barbosa; a Policlínica das Crianças, de 1909, dirigida por Fernandes Figueira e vinculada às ações da Misericórdia carioca; e o Hospital São Zaccharias, de 1914 (Sanglard & Gil, 2014).

Diante desse cenário, Moncorvo Filho por meio das chamadas cruzadas higienistas promove o combate à mortalidade infantil e a idealização de intervenção na saúde materno-infantil. Ele e os demais psiquiatras estenderam suas práticas a todo o campo social, por meio de intervenções nas escolas, nos meios sociais e culturais. Moncorvo propõe a primeira

regulamentação para as atividades das amas de leite com a premissa de diminuir os riscos de infecção das crianças amamentadas e garantir segurança aos bebês. Por meio dessa regular, as amas de leite deveriam ser submetidas a exames, a fim de atestar quem estaria apta para o aleitamento de forma saudável (Sanglard & Gil, 2014).

Outro médico importante que atuou com o mesmo objetivo foi Fernandes Figueira, que Consoante Sanglard e Ferreira (2014), criou a Policlínica das Crianças, de 1909, a qual apresentava serviços ambulatoriais e domiciliares destinados à proteção da maternidade e infância pobre. Cabe mencionar que as policlínicas começam a apresentar uma inovação quanto a institucionalização da saúde infantil. Ela se torna uma alternativa para a hospitalização das crianças, visto que, as crianças começam a adentrar alas separadas dos adultos e receber visitas de suas mães. Figueira também advogou pela criação dos consultórios de lactantes, espaços eram destinados à educação das mães e por apresentarem baixo custo de manutenção, facilitaria a sua implementação em outras localidades.

O segundo eixo de atenção para a criança na República foi a delinquência. Rizzini (1993) aponta para o surgimento do termo “menor” como um tradutor para as crianças que tinham algum comportamento desviante. Em suas palavras, essa categoria passa a representar um grupo de menor valia para a sociedade produtiva, o qual, por potencial, pode se desviar da norma, e por isso, necessita de um aparato judiciário, legislativo e assistencial em seu entorno (p. 38).

Assim, o projeto civilizatório impõe a necessidade de moldar as crianças por meio dos ideais do nacionalismo e patriotismo, a fim de preservar a infância e permitir a construção de cidadãos do bem. Diante dessa missão, as crianças pobres e os “menores”, vistos como um perigo para o desenvolvimento da cidadania, deveriam receber um tratamento “moralizador e saneador” (Rizzini, 1997b, p.128).

As medidas para prevenir e evitar a degradação das crianças, conseqüentemente a degradação da sociedade, seriam feitas por meio de leis, medidas reeducativas, repressivas e de reabilitação. Aliado ao plano, a educação seria uma forma de moldar a infância pobre ao hábito do trabalho e de recuperar este sujeito, tornando-o útil à sociedade (Rizzini, 1997b, p. 133). Portanto, apostar na educação daria um destino útil à criança pobre, para que ela não se tornasse um peso para o país, sendo que salvando o menor da degeneração equivaleria a salvar o Brasil.

A loucura também passa a ter um caráter de periculosidade. Para Borges e Caponi (2018) a noção de “infância ou criança perigosa” passa a se articular em torno da figura da criança anormal, representada tanto pela criança psiquiatricamente anormal quanto pela criança delincente. No país, o primeiro estabelecimento voltado exclusivamente para o tratamento psiquiátrico de crianças anormais foi o Pavilhão-Escola Bourneville, fundado entre 1903 e 1904. A partir do Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 (Decreto nº 1.132, 1903), o Hospital Nacional dos Alienados passa a contar com este Pavilhão que era constituído por duas grandes salas, uma para os meninos e outra para as meninas, uma outra sala em que foi instalada a escola, e um jardim.

Neste momento passa a ser intolerável a convivência de crianças e adultos no mesmo local, incluindo o Pavilhão Bourneville. De acordo com Roma (2016), o projeto nacional adotava a noção de infância como etapa distinta de vida conduzida pelo sentimento relacionado a ela, ou seja, “o entendimento da infância como um momento específico da vida, que necessita de cuidados e atenção própria” (Ariès, 2006, p. 99). Nesta direção, as crianças, como seres em desenvolvimento começam a ser vistas como pessoas que precisam de orientação e educação para tornarem-se bons cidadãos.

Como demonstra Roma (2016), o Pavilhão passa a se encaixar na máquina higiênica de controle e modulação das crianças, para prevenir que a criança anormal prejudique o

progresso nacional. Há então uma ligação entre loucura e delinquência, principalmente quando é proposto legalmente a priorização aos “menores” jurisdicionados para admissão no Bourneville e no asilo colônia, ainda a ser fundado. Assim, o local responde a uma demanda por profilaxia, com o objetivo de transformar a criança em um cidadão útil e livrar a sociedade de um potencial criminoso ou um ser improdutivo.

Segundo Monarcha (2010), após a criação do Bourneville outros hospitais psiquiátricos começaram se atentar para a criança tida como anormal, dentre eles o Hospital do Juquery que em 1929 cria o primeiro pavilhão infantil, a Seção de Menores Anormais, no qual se construiu o Pavilhão-Escola destinado a educação das crianças anormais. Esse pavilhão era conduzido pelo psiquiatra Pacheco e Silva, o qual foi pioneiro na educação especial de crianças afetadas por deficiência mental ou por psicopatia.

Com o controle da delinquência e da loucura por meio de ações médicas e jurídicas seria possível manter o ideal de civilização pretendido para aquele momento. Mas as ações deveriam se estender para outras instituições, como a escola, a qual seria a base para a educação das crianças civilizadas. Segundo Ribeiro (2003), é nesse período, no governo Vargas, em 1930, em que vários intelectuais da Liga Brasileira de Higiene Mental vão compor o Ministério da Educação e Saúde, permitindo que a assistência à saúde mental das crianças também permeie o meio escolar como na Europa. Dessa forma, a psiquiatria infantil, a psicologia da criança, a psicanálise e a educação escolar, começa a integrar fortemente o trabalho de educadores, médicos, psicólogos e psicanalistas.

Para Mansanera e Silva (2000), a escola seria um local de ensino, mas também da higiene, orientada para a defesa social contra as patologias, pobreza e o vício. Os educadores pretendiam ter na escola alunos amáveis, conscientes do seu dever, para uma comunhão social equilibrada. A escola passa a representar a formação cultural dos indivíduos adequados para viver em sociedade. Segundo Nunes (1996), antes a escola que representava extensão da casa,

os problemas de habitação, de saúde e as relações hierarquizadas e punitivas, passou a ser objeto de intervenção de médicos e educadores que buscavam resolver os problemas educacionais, planejando formas de reeducação.

O espaço escolar deveria respeitar os preceitos médicos e morais da época. Dessa maneira, havia uma preocupação com o saneamento dos edifícios escolares, que incluía a desinfecção, a limpeza, a ventilação ou circulação de ar e ao mesmo tempo a vigilância das escolas. No planejamento de higiene escolar, Moncorvo Filho defendia a inspeção médica escolar, mas permanentemente: o médico fazia parte da constituição da escola. Assim, controle do espaço público escolar seria feito por meio de:

escrituração meticulosa de gráficos com informações sobre os alunos que possibilitariam uma intervenção precisa dos poderes públicos no encaminhamento das crianças para as clínicas médicas ou dentárias, bem como na identificação de defeitos físicos. E mais importante, dados que permitiriam estabelecer o destino destes alunos na rede escolar, determinar a inclusão dos necessitados no grupo dos que recebiam o copo de leite ou a sopa escolar, ou mesmo enviá-los para a escola de débeis ou para o hospital de tuberculosos. Além da criança registravam-se, através das visitadoras sanitárias, o estado sanitário e social do meio em que a criança vivia, seu asseio bem como estado físico e mental (Nunes, 1996, p. 171)

O controle escolar também era feito dentro dos locais pelos alunos. Os chamados Pelotões da Saúde começam a ser criados nas escolas municipais para a vigilância da limpeza do corpo e da roupa dos alunos. Eles eram compostos pelos alunos mais comportados ou aplicados, os quais podiam ser identificados ao utilizarem uma faixa com uma cruz vermelha no braço. Cada pelotão recebia fichas que eram dadas a cada aluno em cada dia da semana, estas continham tarefas higiênicas a cumprir, com o objetivo de inculcar normas de uso do

corpo e de comportamentos dos alunos em ambientes privados e públicos (Nunes, 1996, p. 172).

O papel do educador na escola também deveria ser normatizador, sendo que consoante Braga (1931) o professor deveria formar cidadãos sadios, capazes e com habilidades sociais para o país. Na escola, onde se encontrariam os “alunos-problemas”, os “alunos com dificuldade de aprendizagem”, os “alunos lerdinhos” e demais alunos tidos como “anormais”, seria necessário a intervenção do professor, principalmente na fase pré-escolar, na qual o aluno estaria formando sua personalidade.

É nesse pano de fundo que o sistema educacional evidencia a importância dos conhecimentos da Psicologia, que na percepção de Mansanera e Silva (2000), seriam usados com o intuito de mensurar e verificar a capacidade mental dos alunos, de modo a identificar como se poderia melhorar seus rendimentos escolares. Assim, os testes criariam uma escala de nível mental para auxiliar na seleção dos alunos que poderiam conviver na mesma sala e ter desempenho semelhante nas aulas. Seria possível a formação de classes homogêneas do ponto de vista intelectual, pois não seria cabível submeter ao mesmo plano de aula alunos de capacidade mental diversa.

A psicologia pautada no degeneracionismo, depois conhecido como evolucionismo, começa a dar ênfase para a preocupação com as crianças e para o olhar dos especialistas sobre a infância. Pois, conforme Margotto (2001) o cérebro infantil seria mais plástico, ou seja, mais susceptível de sofrer modificações que o cérebro de um adulto. Assim, o cérebro em sua dimensão física – o cérebro e os terminais nervosos – seria a base do comportamento humano em todos os sentidos, moral ou intelectual, sendo necessário uma intervenção desde cedo para mudanças nos comportamentos futuros. De tal modo que “a educação moral deveria, então, tentar domar, ao máximo, os possíveis instintos negativos” (Margotto, 2001, p. 169).

Por meio das teorias evolucionistas, a psicologia escolar também trouxe argumentos sobre a influência da carga hereditária e do meio em que a criança para o seu desenvolvimento. Diante dessas influências, a educação teria a função de preservar e cultivar as virtudes das crianças boas, bem como reprimir as tendências perversas dos alunos de má índole, intervindo para alterar até mesmo as tendências mais difíceis. São elaboradas perspectivas negativas em torno da infância, que passa a ser vista como uma fase de vida inferior à fase adulta, já que as crianças possuíam um menor número de habilidades e comportamentos morais do que alguém já que tivesse passado pelo processo educativo.

A escola teria o caráter crucial de educar moralmente as crianças de modo a cultivar atributos intrínsecos bons e bons hábitos fornecidos através da educação (Margotto, 2001, p.176). Portanto, a criança, nesse momento passa a ser considerada como um ser distinto dos adultos, um ser diverso, a ser entendido e domado, seja através da psicologia, da psiquiatria, e principalmente da educação.

Observa-se, que nessa configuração até aqui traçada formou-se um corpo de especialistas em torno da atenção à infância no período republicano, os quais por meio de suas práticas e tecnologias desenvolvidas construíram dispositivos de sujeição dos corpos das crianças. Esses se apropriaram de práticas já utilizadas por filantropos e pela igreja para policiar a vida das crianças, impondo normas e regras a serem seguidas (Coimbra, 1995).

De forma ampla a disciplinarização da infância aconteceu primeiramente nas famílias da elite e posteriormente se estendeu e se potencializou sobre as crianças pobres. Segundo Castel (1987), a diferença entre os tratamentos para as crianças da elite e as crianças pobres se mostrou por meio dos termos adotados: "criança" e "adolescente", para os filhos de famílias favorecidas; e "menor", para qualificar os filhos de famílias populares, que estivessem em condição de abandono, de delinquência e "em risco". Nessa realidade brasileira, a “gestão de risco” começa a ser tomada pelas políticas de assistência à infância e juventude como um

modo de gerência dos corpos, especificamente para as crianças pobres. Para os especialistas do adestramento e policiamento das crianças, qualquer situação, que compromettesse de alguma forma o bem-estar das crianças, seria tomada como "risco".

As crianças atestadas como em risco, como as crianças pobres e anormais deveriam ser submetidas a uma série de medidas de vigilância, de correção e punição impostas por um aparelho de tutela. Esta tutela, como pontua Rago (1985), se constituiria por instituições disciplinares de assistência, profissionalização, além das escolas públicas, com o ensino obrigatório. Assim, as instituições de sequestro da infância envolvidas pela preocupação policial de luta contra a criminalidade, bem como da preocupação econômica de formação de novos trabalhadores para a indústria; adotariam medidas de adestramento e enclausuramento, como o internamento das crianças pobres nos orfanatos e o aprendizado de atividades profissionalizantes, as quais manteriam a criança ocupada e a incutir hábitos de trabalho para reprimir a vadiagem (Rago, 1985, p. 122).

Ao fazer essa retrospectiva do período republicano no que se refere à atenção dada à infância, observa-se que o projeto civilizatório do período via a infância como o futuro da nação, mas para isso seria necessária uma série de intervenções na infância para formar cidadãos civilizados. Os movimentos higienistas e eugênicos se articularam com a premissa de combater a mortalidade infantil e a delinquência precoce, bem como os perigos possíveis de uma infância anormal. A infância passa a ser vista como etapa distinta da vida adulta, sendo que nesse contexto, surgem diversas instituições, como as envolvidas no complexo tutelar, e um corpo de especialistas, dentre eles médicos, educadores, psicólogos, psiquiatras, a fim de gerir os riscos da infância, especificamente a infância pobre, que seria possivelmente englobada pela criminalidade ou a loucura. Sendo assim, apesar da infância nesse período ser vista como uma etapa de vida distinta da vida adulta, ela foi abarcada por tecnologias de disciplinarização. Portanto, as crianças continuaram a ser constantemente vigiadas,

enquadradas, docilizadas e domadas para ir de encontro com a normatização propagada neste período.

3.2.3 A Garantia de Direitos às Crianças: Uma Nova Roupagem Para o Controle

Partindo do contexto republicano fortemente nacionalista e patriótico em que a criança passa a ser vista como futuro da nação, e do plano de fundo higiênico e eugênico, a criança e o adolescente abandonado e/ou pobre eram vistos, nesse panorama, como problema social, o que anteriormente era “mascarado” pela existência das Rodas de Expostos localizadas nas Santas Casas de Misericórdia. Segundo Oliveira (2014), o governo via a rua como espaço do ócio, imoralidade, criminalidade, e um espaço de marginais em potencial diante da exposição à miséria que estavam vivendo. Diante disso, se fazia necessário a criação de medidas legais para conter a crescente onda de violência e marginalização das crianças, bem como a criação de propostas para proteger e assistir os menores, amenizando a vergonha de uma sociedade que se via ameaçada.

A história das políticas de defesa dos direitos de crianças e adolescentes tem como resquícios o controle do Estado sobre esses corpos e a construção de um modelo de assistência centrado na institucionalização, com a finalidade de garantir a proteção social. Sendo assim, os movimentos relacionados à defesa dos direitos das crianças surgem em 1920, como Código de Menores Mello Mattos (Decreto nº 17.943, 1927) e o Código de Menores em 1979, ou Doutrina do Menor (Lei nº 6.697, 1979). Esses permitiram a expansão de instituições filantrópicas para o acolhimento de crianças, abarcando como primazia a lógica de isolamento e de privação da liberdade das crianças e adolescentes geralmente pobres, que cometiam atos infracionais, que apresentavam deficiências ou transtornos mentais. Em contrapartida, a proteção e garantia das necessidades dessa população eram colocadas em segundo plano.

A saber, o Código Mattos, segundo Oliveira (2014), conferia amplos poderes ao Juiz de Menores para estabelecer intervenções no âmbito da família, sendo que crianças menores denominadas como expostas, vadias, mendigas poderiam ter a passagem da tutela da família para o Juiz de Menores. O código foi constituído pela aliança entre médicos e juristas visando o saneamento social por meio do discurso de proteção e assistência às crianças e adolescentes. Neste plano, geralmente haveria a institucionalização-internação das crianças, sendo que eram frequentemente retiradas das famílias para envio aos abrigos e aos orfanatos, sob a rubrica da concepção de “situação irregular”.

O objeto de intervenção do código eram os menores, ou seja, as crianças abandonadas, órfãs; moralmente abandonadas, as de famílias que não tinham condições financeiras ou morais; delinquentes ou que apresentavam desvio de conduta e realizavam atos de infração. Conforme Freitas (2003), o Código de Menores, constava a proibição do trabalho de crianças até doze anos e sua impunidade até os quatorze anos. Dos quatorze aos dezoito anos, as crianças poderiam ser internadas em “estabelecimentos especiais”, bem como ser submetidas aos agentes sociais que delas deveriam se encarregar, como os médicos, juristas, psicólogos e pedagogos. Dos dezoito anos em diante, as crianças e adolescentes seriam punidas legalmente pelos crimes cometidos. Portanto, o código promulgava que os menores estariam vulneráveis e precisavam ser controlados através de agentes institucionais e medidas corretivas.

Como aborda Oliveira (2014), nesse período, as principais causas de abandono infantil e da criminalidade eram decorrentes da má distribuição de renda e a falta de políticas sociais por parte do Estado para com a sociedade. Dessa forma, era necessário que o Estado executasse ações que viessem a infundir ideais de moral mudando os hábitos da população. Apesar da falta de atenção do Estado para com as crianças, a família era vista como a principal culpada pelo cenário. Assim, na concepção dos juristas o afastamento dos menores de seu meio familiar era a solução para higienizar os comportamentos das classes pobres.

Sendo que, o internamento em instituições disciplinares possibilitaria que os comportamentos considerados errados, mesmo que carregados de uma herança genética, fossem amenizados.

Para Da Silva (2011), os menores teriam como destino os internatos, os quais eram construídos de forma circular para facilitar a constante observação dos comportamentos dos internos. O principal objetivo desse aparato era transformar os delinquentes em “dóceis e úteis” (p. 29). A maioria dos internos estavam ali pelo potencial de vir a ser um delinquente, pois, o desejo era a retirada da criança do seio familiar, visto que as mesmas devido à falta de recursos financeiros, poderiam produzir uma população marginalizada. Ou seja, prendia-se a criança pobre, pelo fato de que, um dia, quem sabe, ela possa vir a cometer um crime (p. 35). De maneira irônica, os internatos possuíam condições piores que as dos lares das crianças, e muitas vezes se transformavam em fábricas de delinquentes segregados. A educação dos internos também era degradante, visto que era voltada para correção do comportamento e questões comportamentais com base na educação profissionalizante, em oposição ao desenvolvimento do menor.

Seguindo esta lógica de segregação da família, conforme Rizzini (1995), em 1940 foi criado o Serviço de Atendimento ao Menor (SAM), que visava a atuação junto aos menores considerados desvalidos e/ou delinquentes para proteger e reabilitar os mesmos para o convívio social. Entretanto, as instituições de atendimento sofriam com as precárias condições de funcionamento, com a superlotação e desvio de verbas e acabavam abrigando no mesmo espaço os menores criminosos junto com as crianças carentes ou abandonadas. O SAM durou cerca de 30 anos, nos quais foi conhecido como “escola do crime” devido a marginalização que gerava, porém, após muita luta social contra as práticas repressivas, este serviço foi suspenso (Rizzini, 1995, p. 278).

O SAM foi substituído pela Fundação Nacional de Bem-estar do Menor (FUNABEM) em 1964, de forma a enfatizar a integração social do menor por meio do trabalho. Assim, a

FUNABEM, como relata Oliveira (2014), priorizava a inclusão de um sistema de escolarização dos pobres, permitindo uma preparação para o trabalho junto à educação formal sistematizada. Entretanto, de forma prática as mudanças não se estenderam para a realidade, mantendo o caráter assistencialista dessa instituição; haja vista que os menores continuavam internados nos mesmos prédios e eram “cuidados” pelos antigos funcionários do SAM. Além disso, devido ao cenário da ditadura militar, as práticas coercitivas e desumanas destinadas às crianças e adolescentes eram cada vez mais reproduzidas.

Em 1967 cria-se a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM), destinada a prestar assistência ao menor na faixa etária de zero a dezoito anos no Estado da Guanabara e a Fundação Fluminense do Bem-Estar do Menor (FLUBEM) que abrangia o antigo Estado do Rio de Janeiro. Em 1975, a FEBEM passa a denominar-se: Fundação Estadual de Educação do Menor. Essas novas nomenclaturas ainda englobavam a condição de marginalidade das crianças abandonadas e infratoras que conviviam no mesmo espaço, envolvidas em abandono, desamparo e mendicância (Oliveira, 2014).

Já em 1979, é estabelecida outra instituição para o controle dos menores, o novo Código de Menores (Lei nº 6.697, 1979) em substituição do Código de Menores Mello Mattos de 1927(Decreto nº 17.943, 1927). A Doutrina do Menor passa a envolver as crianças em situação irregular: os casos de abandono, as práticas de infração penal, desvios de condutas, falta de assistência ou representação legal, entre outros. A doutrina implicava medidas corretivas para as crianças e adolescentes por meio do trabalho, da educação e instrução, a fim de inculcar nos internos as normas de condutas socialmente aceitas (Motta Filho, 1935. p. 23). Consoante essa regular, os trabalhos (instruções) seriam divididos de acordo com o sexo e disponibilidade física de cada criança e adolescente. Aos meninos eram destinadas atividades de jardinagem, horticultura, pomicultura e criação de aves. Para as meninas eram destinados trabalhos como corte e costura, lavagem de roupa, engomagem, entre outras. A instrução dos

ofícios acima citados seguia-se à chamada “educação literária do ensino primário obrigatório” (Lei nº 6.697/1979, 1979).

Todas as instituições aqui citadas envolvidas em relações de poder abarcavam a disciplinarização dos corpos das crianças, as quais passam a ser vigiadas e enquadradas por inúmeras instituições de normalização social. Segundo Foucault (1999), quando se segue a configuração da Sociedade Disciplinar, as instituições se apropriam de técnicas disciplinares, a fim de operar sobre os corpos, aumentando as aptidões e diminuindo as possibilidades de resistência e subversão, operando em espaços onde o dispositivo penal não alcança.

Vimos que a Doutrina dos Menores, o Código Mello Mattos e as demais instituições aqui apresentadas, como o SAM, as FUNABEN’s e as FEBEN’s, que estiveram engendradas em torno das crianças abandonadas, pobres, infratores, ou em situação irregular, não viabilizaram a criança como sujeitos de direitos, mas com objetos de tutela e intervenções disciplinares por meio da educação ou do trabalho, além da submissão de práticas corretivas diante de comportamentos que fugiam das regras estabelecidas pelas normas impostas à infância.

A pauta nacional de luta pela defesa das crianças e adolescentes é recente e se inicia, segundo Botelho (1989), a partir da segunda metade da década de 1970, por meio de uma associação de reivindicações e grupos organizados em movimentos sociais que foram se aglutinando em oposição às práticas autoritárias do Regime Militar. Dentre os movimentos, podemos dar destaque ao Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua; as solicitações de anistia dos presos políticos; a luta contra a carestia e demais lutas pela democratização do país. O principal objetivo desses movimentos era por uma mudança jurídico-legal, regulamentada em uma nova constituição.

O marco para a instauração dos direitos das crianças e adolescentes ocorre com a promulgação da Constituição Federal de 1988 por meio do artigo 227, segundo o qual cabe à

família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade para com os direitos fundamentais infanto-juvenis (Lei nº 8.069/ 1990, 1990). A Constituição estabeleceu, também, a transição do modelo ditatorial para a construção de um país democrático por meio de uma abertura política lenta e gradual.

Em 1990, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) há um movimento de afastamento da lógica assistencialista e a busca por uma garantia de proteção integral para as crianças e adolescentes, através da preservação dos vínculos sociais e comunitários, bem como intervenções educacionais, em contrapartida ao asilamento (Brasil, 2014). Nesta conjuntura, o Estatuto coloca em cena um novo diagrama, instaurando algumas práticas diferenciadas das que estavam presentes nos códigos anteriores. Não só as práticas são diferentes, assim como, o objeto é outro, deixando de ser o menor e passando a ser as crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos (Lemos, 2007).

O ECA passa a atribuir ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover o direito à vida e à saúde das crianças (Lei nº 8080/1990, 1990). Com isso, o SUS através de suas Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, bem como de suas diversas políticas travou uma responsabilidade sanitária com as crianças, adolescentes e o ambiente familiar. Por sua vez, o Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo as quais a criança é o indivíduo de 0 a 9 anos de idade completos e adolescente aquele entre 10 e 19 anos completos. Essa divisão se alinha ao perfil epidemiológico e segue as especificidades de saúde para cada um desse público (Brasil, 2014).

Com a criação do ECA (Lei nº 8.069/ 1990, 1990), são estabelecidos os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes: direito a proteção à vida e a saúde por meio de políticas públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, direito à liberdade, ao respeito e dignidade como pessoas em processo de desenvolvimento e sujeitos

de direitos civis, humanos e sociais , direito à convivência familiar e comunitária, abrangendo o especial direito de ser criado e educado no seio familiar e, excepcionalmente, em família substituta, em ambiente que garanta o desenvolvimento integral ; direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, bem como o direito à profissionalização e à proteção no trabalho.

Diante de possíveis atos infracionais dessa população, são propostas medidas socioeducativas, criadas pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) com o intuito de estabelecer parâmetros e diretrizes para a execução dessas. Dentre as normativas propõe-se que as medidas aconteçam em meio aberto, ou seja, por meio de liberdade assistida e prestação de serviço à comunidade, em oposição às restritivas de liberdade, que incluem internação em estabelecimento educacional e semiliberdade, as quais devem ocorrer em caráter de brevidade e excepcionalidade (Brasil, 2014).

O pano de fundo da construção do ECA contempla o mandato do Presidente Fernando Collor de Melo, que em uma perspectiva nacionalista promulgava a imagem da criança como a meta-síntese, a responsável por apagar todas as diferenças em prol da construção de uma unidade em busca do progresso e do desenvolvimento. Os discursos de Collor englobavam um teor messiânico que objetivava a salvação das crianças e adolescentes pobres e desviantes por meio da integração delas a um modelo de infância construído como ideal, ou seja. convocava a sociedade para a recuperação das crianças submetidas à marginalização, as quais destoavam das expectativas de docilidade e produção, e estavam distantes das instituições de disciplina e controle como a escola e a família. O presidente, também, divulgava sua proposta neoliberal, desenvolvimentista, ancorada em uma assistência híbrida, na qual, o Estado deveria regulamentar políticas, mas em contrapartida a sociedade e a comunidade, deveria por meio de práticas caritativas e de organizações não-governamentais se responsabilizar pelas políticas sociais. Ele se pautava no ideal de desenvolvimento através da justiça social e do progresso humanitário, difundida pelas Nações Unidas (Lemos, 2007).

Segundo Fonseca (2004), consoante esse panorama nacional, o ECA incorpora as recomendações e propostas das Agências Internacionais ligadas à ONU, como as propostas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), de defesa dos direitos da criança e do adolescente; atendendo às diretrizes da Declaração Universal dos Direitos Humanos. O debate em torno dos direitos humanos, especificamente relacionados aos das crianças, reflete os interesses das economias neoliberais atuais, as quais segundo Rancière (1996) se organizam a partir de um ideal de promoção do desenvolvimento econômico e social, defendendo uma política social pautada nos chamados mínimos sociais, de caráter compensatório, que minimizam os direitos sociais e econômicos, priorizando os direitos civis. Para Oliveira (2003), a teia de práticas neoliberais é construída por uma ética empresarial pautada na ideia de responsabilidade social diante do vácuo das políticas sociais estatais. De tal forma, são ampliadas mundialmente ações associativistas civis, transmitindo a visão de uma comunidade que se estrutura em torno da resolução de conflitos locais e do empoderamento comunitário. Portanto, há uma privatização das políticas sociais, o retorno da filantropia, do assistencialismo via ações de grupos associativos, bem como, a restauração de uma política de favor que se mascara pela proposta de promoção dos direitos.

Assim, os vetores que atravessam a construção do ECA são compostos pelas exigências de ajuste estrutural das finanças neoliberais. Segundo Oliveira (2003), a discussão em torno dos direitos das crianças também tem se assentado na lógica amparada no mercado financeiro internacional e no Estado mínimo policial, que compromete a democracia em prol da chamada governabilidade, decretando medidas provisórias constantemente (Oliveira, 2003). De tal forma, a democracia brasileira a partir dos anos 90, passa a vestir roupas de uma polícia determinista sob o comando do mercado e da cultura mercantilizada, bem como dos agentes de normalização e de uma meritocracia reeditada.

Para a elaboração do ECA, Botelho (1993) pontua que houve um consenso ao longo do debate das propostas feitas por grupos da burocracia profissional ligada à rede de instituições de proteção às crianças e aos adolescentes. Entretanto, a sociedade civil foi uma categoria quase nula em todo o processo de discussão do Estatuto, não por ausência de movimentos e manifestações, mas pelo embate centralizado nas oligarquias políticas.

Além disso, cabe ressaltar que dentre as pautas de discussões para a construção dos direitos humanos, incluindo a criação do ECA, tem-se a eleição do poder judiciário como principal agente de reforma social. O Estatuto implica uma lógica de descentralização representativa, a qual legisla sobre o caráter híbrido da assistência através de ações articuladas entre setores governamentais e não governamentais, nos níveis da União, dos Estados e Municípios. Nesse sentido, surgem diversos dispositivos como os Conselhos de Direitos nos níveis municipal, estadual e federal, e os Conselhos Tutelares, em nível municipal. Desses aparatos, o Conselho Tutelar é o que permite uma ampliação significativa de um controle minucioso dos mínimos desvios de condutas (Botelho, 1993).

Segundo Lemos (2003), o Conselho Tutelar é um órgão municipal e administrativo formado por cinco conselheiros eleitos, a cada três anos, pela comunidade diretamente ou por representantes da comunidade. Geralmente é composto idealmente por um psicólogo, por um advogado, por um pedagogo, por um assistente social e um administrador (Sêda, 1996). Como aborda Lemos (2003), o Conselho Tutelar atua como gestor de risco por meio dos trabalhadores sociais que o representam, permitindo a extensão dos mecanismos disciplinares a nível capilar nas relações de poder, alcançando amplamente e com maior rapidez os corpos das crianças, adolescentes e seus familiares. Podemos elencar algumas práticas de tutela executadas pelos conselheiros diante de uma política social destinada geralmente às famílias mais pobres: a comunicação com a escola em casos de evasão escolar e dos denominados “desvios de conduta”, o enlace com projetos de profissionalização em ONGs, os projetos

promulgados por instituições militares, bem como os projetos de extensão universitária dirigidos às crianças e adolescentes e dos operadores do direito, nas Varas da Infância e Juventude e nas Varas da Família.

É produzido então, mediante o contexto de criação do ECA, o que Donzelot (1986) chamou de “Complexo Tutelar”, no qual são agenciados discursos e estratégias de modelos anteriores, como o caritativo, assistencial-filantrópico e o médico-higienista, fabricando a configuração de um novo modelo de atenção. Por regulamentação do Estado, o objetivo do Complexo Tutelar seria promover a tutela das crianças, adolescentes e de seus familiares, de forma a corrigir os corpos de crianças e adolescentes classificados como “desadaptados” e/ou “perigosos”, e controlar possíveis riscos em torno da sociedade. Este modelo funcionaria a partir do comando do poder judiciário, em meio a uma rede de alianças de entidades de igrejas, fundações, associações, cooperativas, ONGs, instituições governamentais e empresas privadas. Esse conjunto de instituições geraria processos de moralização e normalização das crianças, funcionando como regimes de verdades impostos às crianças e adolescentes por meio da aplicação de saberes médicos, psicológicos, pedagógicos, entre outros.

Nos discursos produzidos na Assembleia Constituinte as crianças e adolescentes vistos como futuro da nação, necessitam da família como instituição indispensável ao desenvolvimento. Segundo Botelho (1993), esta concepção de família como o cerne da sociedade era associada a um projeto de nação desenvolvida, que prima pela ordem e pelo progresso. Alguns exemplos nacionais, tem-se no de 1994 a comemoração do “Ano Internacional da Família”, bem como o evento da UNICEF que publicou o livro “Família Brasileira: a base de tudo”.

A família para permitir o desenvolvimento nacional deveria receber o apoio e a proteção do Estado, mas precisaria da tutela de especialistas que lhe orientasse para que ela tivesse êxito em suas funções determinadas pelos moldes higienistas existentes. Portanto, a

família defendida era a que estava no padrão higienizado, que garantisse as necessidades e cuidados de seus membros. Pelos parâmetros de família ideal, haveria uma demanda de intervenções de especialistas nas famílias, principalmente nas consideradas incompetentes, dentre elas, os pais das classes pauperizadas que eram vistos como incapazes de cuidar e educar seus filhos. Dessa maneira, como abordam Gomes e Nascimento (2003), apesar das mudanças incorporadas pelo ECA, as práticas de assistência se perpetuaram, atribuindo a culpa às famílias pela situação das crianças e adolescentes.

Mesmo como as rupturas que o Estatuto possibilitou em relação às leis anteriores referentes às crianças e aos adolescentes, sua viabilidade e efetivação em políticas concretas de proteção à infância ficou comprometida pela falta de compromisso dos governantes frente à garantia de direitos e ao financiamento das políticas sociais voltadas para crianças e adolescentes e para outras parcelas da população. Diante do sistema de descentralização, Coelho (1999) aponta para um imobilismo a nível municipal dos conselhos frente às suas atribuições, resultando em uma não operacionalização da lei. O Estado ao conduzir os municípios à criação de conselhos passa a elencar a figura do prefeito como expressão do poder local, o qual além de deter absoluto controle sobre o conselho, passa a gerir e administrar os recursos a seu critério, construindo o que se convencionou chamar de prefeiturização, em oposição à municipalização (Coelho, 1999, p. 95). Com isso, os conselhos estariam funcionando apenas como órgão de aprovação das políticas planejadas pelo prefeito local, perdendo sua força democrática de negociação e participação da sociedade civil.

Vemos por meio desses traçados que embora haja rupturas trazidas pelo ECA, como a defesa dos direitos das crianças e adolescentes, que passam a ser vistas como sujeitos, e das novas práticas para uma proteção integral e preventiva dessa população, encontram-se embutidos ideais e formas de reprodução do controle dos corpos das crianças. (Lemos, 2008)

Sendo assim, com o Estatuto, amplia-se a intervenção de especialistas nas famílias consideradas desviantes, tecendo uma rede de biopoder. Com a criação dos Conselhos Tutelares e da articulação híbrida de ações governamentais e não governamentais por meio de diversas instituições como igrejas, ONGs, empresas privadas, fundações a nível municipal, federal e nacional, a assistência às crianças é generalizada por meio de uma complexa rede de tutela. Essas instituições passam a gerir os supostos perigos que cercariam as crianças e adolescentes, de forma a corrigir os corpos classificados como “desadaptados” ou “perigosos” pelos peritos da norma (Lemos, 2007).

Para Foucault (2002), o biopoder, tecnologia de poder que surge por volta da metade do século XIX, funcionaria como uma política de gestão da vida através do governo das populações. Neste momento o Estado passa a exercer um projeto de racionalização política em que a intervenção estatal se daria em função do bem-estar da sociedade, tendo como base uma ética utilitarista para sustentar suas práticas. Nesta direção, através da ampliação dos sistemas de proteção e gestão estatal, seria possível governar, administrar e ordenar a população de forma rápida e capilar, formando uma “Sociedade de Controle”, na o controle é efetivado de maneira intensificada e em meio aberto (Deleuze, 1992). A família, nesse projeto de gestão estatal seria o segmento privilegiado, no qual a infância se torna foco de prescrições, de campanhas, de um contínuo e intenso controle social (Foucault, 1979).

Com essa nova tecnologia, a gestão da criança e do adolescente na família seria feita de maneira ideal, pois, os mecanismos disciplinares alcançariam os corpos sem a necessidade de uma internação-bloqueio desses corpos em instituições de correção ou internação. Como aborda Sêda (1996), o mecanismo de disciplina-inclusão adotado pelo biopoder se opõe à tecnologia disciplina-bloqueio da sociedade disciplinar, na qual haveria um bloqueio dos corpos em instituições de isolamento, como o SAM, a FUNABEM e as FEBEN's. Em oposição, a disciplina-inclusão como a adotada pelo modelo do ECA permite que as formas

disciplinares e corretivas ocorram sem o isolamento social, mas por meio da reabilitação proposta nas ações normatizadoras expandidas pelas diversas instituições e saberes técnicos.

Portanto, a atenção à infância com a criação do Estatuto circula em torno do emaranhado de relações de poderes, em que ao mesmo tempo estabelece uma nova proposta que considera as crianças como sujeito de direitos, mas também propõe uma vigilância de seus corpos em meio-aberto, de forma contínua e modular. A infância passa por uma política de controle social, a partir da padronização de normas e do investimento em seus corpos, produzindo modelos de proteção social e de segurança. Também passa por uma gerência de risco, a qual segundo Castel (1981), aciona a ampliação do controle social em meio-aberto, disparando tecnologias de vigilância mais sutis do que as de caráter disciplinar. Essas técnicas tornam o risco calculável, contabiliza os fatores de risco, permite prever probabilisticamente todos os perigos e, intensificar a cobertura da proteção social.

Os aparelhos administrativos de risco em conjunto com a ampliação da rede jurídico-penal produziram como efeito um agenciamento de mecanismos normalizadores aos corpos das crianças, as quais ainda convivem com os castigos físicos e com formas de segregação institucional. Segundo dados da UNICEF (2002), ainda são constantes as denúncias de torturas de adolescentes em conflito com a lei nas FEBEM's e outras instituições de internamentos, em conjunto, são frequentes as práticas de suplício através do extermínio de adolescentes pobres por policiais e grupos paramilitares (Sudbrack, 2004). Sêda (1996) também evidencia que apesar do ECA prescrever o controle de crianças e adolescentes em meio aberto, muitos municípios brasileiros não instalaram abrigos nos centros das cidades com a estrutura prevista, também não há uma oferta razoável de projetos estruturados para acompanhar as crianças e adolescentes em conflito com a lei e são raras as medidas de atenção aos mesmos após o cumprimento da medida socioeducativa de internação. Outra questão trazida como crítica são as práticas do poder judiciário que em consonância com a

equipe técnica continua exercendo papéis assistencialistas, remetendo ao antigo Código de Menores.

Portanto, a construção dos direitos das crianças e adolescentes foi envolvida por diversas relações de poderes e medidas de normalização. Inicialmente as crianças menores passaram por agenciamento de técnicas disciplinares em instituições como o SAM, as FUNABEM's e as FEBEM's. Nessas instituições de proteção e de reabilitação de criança, se acumularam discursos a respeito dos desvios das normas, disparando intervenções disciplinares em detalhes minuciosos de vida das crianças resistentes ao sequestro institucional. Por isso, essas instituições acionaram de forma constante técnicas disciplinares constituídas por observações, registros, exames, comparações, hierarquizações, classificações de normal e anormal, sanções normalizadoras, controle do tempo e dos corpos das crianças no espaço (Foucault, 1999).

As medidas destinadas ao trabalho e a educação dos jovens infratores, seguiram os mecanismos disciplinares e observância intensificada do seguimento das regras, de forma a promover comportamentos que aumentavam a produtividade das crianças, bem como a docilidade, disparando práticas de adestramento que quaisquer ações subversivas as regras impostas por essas instituições. Aquelas, através da lógica da disciplina-bloqueio, incitavam o distanciamento das crianças de suas famílias e o isolamento social, bloqueando seus corpos de agenciamentos subjetivos, mediante a constante vigilância de detalhes de vida cotidiana e de ações punitivas aos possíveis comportamentos que fugissem das regras institucionais impostas (Lemos, 2008).

Com o ECA a ideia de criança como sujeito de direito surge e com ela a necessidade de ações integrais, preventivas e a reinserção social para a garantia de seus direitos da infância. Entretanto, diante do contexto neoliberal em que emerge a lógica de descentralização representativa, as relações de poderes circulam em torno de uma infância que

necessita da intervenção de um corpo de especialistas sobre a premissa utilitarista e humanitária do bem-estar, do desenvolvimento e da proteção social das crianças. O que se configura nas entrelinhas é uma biopolítica, uma tecnologia de governo da vida, em que são construídas táticas para gestão dos corpos infantis. Ainda o que se pretende é a normatização dos corpos, por meio das ações tutelares, e de especialistas em direção às crianças que se afastam da normalidade, incluindo elas em processos de recuperação, reabilitação e ressocialização. A lei passa a operar por meio da norma e da integração do sistema judiciário nas instituições reguladoras do corpo social. Passa também a gerir riscos, através do saber médico psicológico. Em suma, o ECA intensifica o controle das crianças em meio aberto através da disciplina inclusão que promulga a extensão de ações normatizadoras para as crianças via ramificação de instituições e saberes técnicos. Assim, o lema de garantia de direitos, se torna uma nova roupagem para o controle das crianças. (Lemos, 2008)

3.3 A INFÂNCIA DIAGNOSTICADA: DO NORMAL AO PATOLÓGICO

A fim de compreender a atenção à saúde mental infantil no Brasil iremos analisar inicialmente como se constituiu ao longo do tempo pelo saber psiquiátrico a relação binária entre normal e patológico. Posteriormente, será feito um levantamento acerca das correntes da psiquiatria infantil que passaram a classificar os comportamentos infantis como normais ou patológicos, chegando por fim às classificações atuais dos manuais de transtornos mentais. Na sequência, será feito um retrato da psiquiatria infantil no Brasil e os tratamentos destinados às crianças, conforme as classificações noológicas adotadas para designar as crianças anormais nas instituições psiquiátricas. Por fim, será feito um retrato da expansão da higiene mental infantil no período republicano brasileiro, demonstrando as formas de tratamento destinadas às crianças anormais, sendo que essas se estenderam durante anos no nosso país.

3.3.1 O Saber Psiquiátrico

O saber psiquiátrico surgiu como forma de patologizar a normalidade. Segundo Caponi (2012), este saber separou o campo psicológico do biológico, sendo que o que antes era visto como pertencente a variabilidade humana passou a ser patologizado. Foucault em seu curso ministrado em 1973/74, no qual expõe seu trabalho sobre o poder psiquiátrico, explana que o poder psiquiátrico nasceu dos dispositivos disciplinares nos quais se organizaram o regime imposto à loucura. Para Foucault (2010), o médico psiquiatra passou a fazer parte do espaço asilar somente no final do século XVIII, e esse acontecimento se dá mais pela influência e poder que o médico exerce com os doentes e com *locus* asilar, do que pelo conhecimento a respeito da loucura.

Enquanto o médico adotava diagnósticos diferenciais, localizando as lesões no corpo biológico, o psiquiatra passa a trabalhar para saber se o paciente tem ou não uma doença mental. Sendo que, embora o psiquiatra trabalhe com diagnósticos, ele atua com a ausência do corpo. Para construir um “corpo ampliado”, a psiquiatria passa a adotar a noção de hereditariedade como forma de dar corpo à doença (Foucault, 2006). Por meio de interrogatórios psiquiátricos, esses profissionais começam a levantar o histórico de vida do doente, esquadrihar os sintomas e sua doença e tentar vinculá-la a algum episódio, idêntico ou similar, que tenha acometido um parente familiar. Para Caponi (2009), com a impossibilidade de encontrar no corpo uma matéria orgânica para a doença, os interrogatórios desvendavam o passado e a trajetória de vida do indivíduo, buscando na família a possibilidade de existência de patologias.

Ao levantar o histórico da psiquiatria, partimos dos alienistas e psiquiatras do século XVIII, dentre os quais destacamos Phillipe Pinel, o qual adotava a herança patológica como um dos elementos explicativos das patologias mentais. Tanto Pinel como seu discípulo Jean Étienne Dominique Esquirol, acreditavam que o asilamento dos loucos garantiria a segurança

pessoal e familiar, devido à submissão de um regime médico em um local afastado, seria possível o afastamento de influências exteriores e imposição de hábitos morais e intelectuais novos. Somente longe da família e imerso num regime de vigilância seria viável a conquista da razão perdida do alienado (Caponi, 2012).

Para Pinel e demais alienistas desse período, a alienação mental era proveniente de causas múltiplas, como as paixões contrariadas, a dor profunda, o amor não correspondido, bem como o fanatismo religioso. Dessa maneira o asilo por meio de seu tratamento moral poderia controlar as perturbações mentais e paixões desenfreadas (Caponi, 2012). Portanto, a distinção binária entre normalidade e loucura encontra seu início no universo na institucionalização asilar, sendo que para que resgatasse uma normalidade no sujeito seria necessário o asilamento.

Foucault (2006) comparava o locus asilar ao espaço disciplinar de um presídio devido à sua organização interna, com regras voltadas ao corpo, organização de tempo e espaço, normas impostas e repetição de tarefas. De forma semelhante, a psiquiatria por meio do asilo assume uma postura imperialista, se configurando também como uma tecnologia geral do corpo social. Conforme Foucault em suas análises de Castel (1977), o projeto psiquiátrico estava ligado aos problemas criados pela sociedade pós-revolucionária e industrial, o qual integrou estratégias de regularidade, normalização, assistência, habilitação de vigilância, tutela das crianças, dos delinquentes, dos pobres e dos operários. Neste projeto, o discurso do alienista dizia que a medicina não tem somente como objeto estudar ou curar as doenças; ela tem relações profundas com a organização social (Foucault; 2010b, p. 325).

Após o aumento de alienados nos asilos no século XIX, o tratamento moral proposto por Pinel e Esquirol mostrou sua limitação para a demanda crescente. Neste sentido, surge a teoria de Morel (1858) como tentativa de responder a esse problema. Para ele seria necessária uma profilaxia preventiva para o combate das causas das doenças e seus efeitos. No intuito de

exercer este programa profilático seria necessária a higiene física e moral dirigida ao conjunto social. Seu trabalho se aproximava de tendências organicistas e da medicina em geral (Caponi, 2012).

Ele adotava o segmento dos demais psiquiatras degeneracionistas ou evolucionistas, os quais partiam do pressuposto de que as degenerescências eram transmitidas hereditariamente e poderiam ter causas diversas, como: intoxicações, influências do meio social, doenças adquiridas ou congênitas. Para a teoria degeneracionista, a doença ao ser instalada seguia seu curso e era transmitida a seus descendentes, até a extinção da linhagem. Esta teoria promove um deslocamento das teorias dos alienistas, visto que adota como critério para a classificação nosológica uma causalidade física e não mais os sintomas de ordem moral (Caponi, 2012).

Dessa forma, como aborda Caponi (2012), o corpo, que não ocupava um lugar primordial em Pinel, passa a ser o elemento central da psiquiatria. A partir da segunda metade do século XIX, o corpo ampliado que carrega heranças, passa a procurar no seu interior as possíveis disfunções. Assim, ocorre o discurso de localização de patologias no corpo, especialmente no cérebro, sendo que as bases biológicas, anatômicas, funcionais e genéticas passam a explicar as mais variadas patologias.

Para Portocarrero (2002), além desse ponto, os transtornos psíquicos se estendem do campo da doença mental para outras possíveis anormalidades, como os epiléticos, os alcoólatras e os sífilíticos. Estes, passam a representar um risco para ordem social, na medida em que, poderiam ser improdutivos em suas crises e ir contra a disciplina, concorrendo para a transmissão de seu mal a seus descendentes. Portanto, a teoria da degeneração passa a se interessar não apenas pelos alienados, mas por toda a espécie de degenerados. Há, portanto, neste período uma extensão da nosologia E, também, do saber psiquiátrico, fornecendo suporte teórico à chamada psiquiatria ampliada.

Como refere Foucault (2001), os indivíduos anormais e suas famílias, consideradas como desvio do tipo originário, passam a ser vistas como objetos de estratégias de controle. De forma que a degeneração traz à memória uma zona de perigo social, um perigo não só para o louco, como também para a família. Torna-se, então, “necessário psiquiatrizar todas as condutas e perturbações existentes no ambiente familiar” (p.150). Neste sentido, a psiquiatria passa a servir à higiene pública, de modo a proteger a sociedade dos perigos provenientes da doença mental e como higiene do corpo social. Para tanto, ela traduz a loucura como doença, tornando patológicos todos os distúrbios. Aqui, vemos que a anormalidade é ampliada, englobando diversas possíveis doenças de origem genética, para além do cunho moral.

Outra teoria psiquiátrica que advém da importância higiene do corpo social é a vertente da regeneração. Neste momento, o grande problema do século XVIII seria a higiene, a qual seria uma forma proteção social contra todos os perigos oferecidos pelas doenças. O principal autor a adotar a vertente foi Cabanis, que se referia a regeneração como um melhoramento das condições físicas e morais de indivíduos e grupos. A medicina seria o principal caminho para o aperfeiçoamento da espécie humana, sendo que traçaria formas de cura para os desequilíbrios dos órgãos, principalmente o cérebro, além de possibilitar maneiras eficazes de intervenções sobre os corpos. Neste momento, a higiene passa a ocupar papel central na educação e regeneração das classes populares, por meio dos teóricos da regeneração e da degeneração, que buscavam explicações biológicas e médicas para os sofrimentos, a moralidade e os comportamentos humanos (Caponi, 2012).

Já Emil Kraepelin, na sequência do século XIX traça os caminhos da medicina preventiva que tem reflexo atualmente. O teórico retomou as ideias higienistas de pensar os problemas cotidianos e sociais através das categorias médicas e orgânicas, formando uma biologização dos fatos sociais. Em sua concepção os fatos sociais deixavam impressões nos corpos, afetando o sistema nervoso e facilitando o aparecimento de traços contidos na herança

mórbida. Ele pretendia compreender a herança mórbida que se desenvolve em um ambiente insano e para isso desenvolveu seu método preventivo e de identificação precoce de situação de risco. O seu método incluía questionários em que coletava grande quantidade de dados sobre pacientes de diferentes locais do mundo, na sequência comparava os dados com o objetivo de antecipar e prevenir possíveis patologias (Caponi, 2012).

Todas essas teorias contribuíram para formar um percurso de classificação dos comportamentos anormais e anormais. Conforme Ferreira (2004), o mais importante para a psiquiatria sempre foi o diagnóstico, “que consiste em um conhecimento ou determinação de uma doença pelos seus sintomas, sinais e/ou exames diversos” (p. 316). É nesta de primazia de diagnósticos que os Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM’s) e o sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID’s) foram criados com o objetivo de normalizar e homogeneizar os comportamentos tidos como desviantes (Russo e Venâncio, 2006). Segundo Araújo e Neto (2013), em 1948 surge o primeiro CID, o CID-6, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de forma a se utilizar de categorizações ambulatoriais desenvolvidas pelo exército norte-americano, que prestavam atendimento a ex-combatentes. Posteriormente, advém o CID-8 em 1968 até ser reatualizado à nova versão CID-10 em 2022. Antes dessas classificações os Estados Unidos da América (EUA) haviam criado em 1840 censo que utilizava como norteador para registro das doenças mentais o binômio da categoria “idiotia/loucura”, já em 1880, as doenças mentais eram divididas nas categorias: mania, melancolia, monomania, parestia, demência, dipsomania e epilepsia.

Segundo Russo e Venâncio (2006) o primeiro DSM com enfoque clínico foi criado em 1953 pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) e abrangia uma lista de diagnósticos divididos em categorias. Essa versão tratava as doenças mentais em uma abordagem psicossocial, com uma importante influência psicanalítica. O DSM- II feito em 1968 acentuou o enfoque psicanalítico e começou a tratar as doenças mentais como níveis de desorganização

psicológica do indivíduo que traziam características interiores que deveriam ser analisadas no decorrer do tratamento. Já o DSM-III foi lançado em 1980 e promoveu algumas modificações que foram mantidas até o DSM-V. Esta versão permitiu “uma visão fisicalista dos transtornos mentais, possibilitando a ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial” (p. 465).

O DSM- IV foi criado em 1994, representando um aumento de dados estatísticos e a criação de novos diagnósticos, cerca de 82 novas categorias de transtornos mentais foram feitas. O manual trouxe como inovação o fato de não classificar os transtornos como orgânicos, como acontecia nos outros manuais, que diferenciavam os transtornos orgânicos dos não orgânicos. Entretanto, apesar da retirada do termo, a relação biológica não deixou de existir, em oposto, a ausência dessas distinções possibilitou que toda e qualquer patologia psíquica fosse automaticamente relacionada à origem biológica (Russo e Venâncio, 2006). Em 2000, foi realizada uma revisão desse manual e publicado na versão DSM- IVTR, sendo utilizado até o início de 2013, ano no qual é publicado o DSM-V que permanece válido até os dias atuais.

Vemos neste panorama, que o saber psiquiátrico surgiu como uma especialidade da medicina no século XVIII, especialmente no espaço asilar como um regime de poder disciplinar sobre a loucura. Neste contexto algumas vertentes da psiquiatria nascem para dar forma ao campo da loucura. Dentre elas temos o alienismo, em que destacamos Pinel e Esquirol, os quais consideravam que a alienação mental era proveniente de causas múltiplas, sendo a herança patológica como um dos elementos explicativos das patologias mentais. Eles consideravam que a principal forma de tratamento da anormalidade seria

Outra vertente foi o degeneracionismo ou evolucionismo destacado por Morel, que considerava que a doença mental era transmitida hereditariamente aos descendentes e tinha causas diversas, considerando primordialmente como fonte das patologias mentais a etiologia

orgânica. Na mesma direção, seguindo os moldes do período em que o higienismo esteve em voga, surge o regeneracionismo, que teve como precursor o autor Canabis. Esta teoria se baseava no melhoramento das condições físicas e morais da espécie humana, visando a intervenção sobre os corpos no intuito de curar os desequilíbrios orgânicos. Ainda seguindo o higienismo Kraepelin traça a medicina preventiva, de modo a considerar a importância da identificação precoce dos fatores de risco. ELE, também, ressaltava a biologização dos fatos sociais, ou seja, a forma com que esses fatos afetavam o sistema nervoso facilitando o surgimento de uma herança patológica.

Nesta imagem dada à psiquiatria vemos as antigas preocupações dos degeneracionistas em criar uma classificação universal e objetiva a respeito das doenças mentais perdurou ao longo do tempo. Essas, baseadas em evidências biológicas, como as lesões cerebrais e desequilíbrios de neurotransmissores; excluía os demais fatores (sociais, históricos e culturais para a construção diagnóstica (Caponi, 2011).

Essas vertentes contribuíram para a construção de diagnósticos dos transtornos mentais, os quais rotulam comportamentos cotidianos como transtornos mentais e tendem a classificar como anormais os comportamentos comuns na sociedade. Dessa forma, a psiquiatria preventiva começou a usar a medicalização para o controle dos comportamentos tidos como desviantes, como os sugeridos nos manuais diagnósticos. Para controlar os desvios se tornou necessária uma identificação precoce de riscos, ou de indivíduos com uma suposta probabilidade de patologias psiquiátricas. Criou-se, desse modo, uma dinâmica de medicalização da sociedade, incluindo a da infância. (Caponi, 2009)

3.3.2 A Psiquiatria Infantil e a Infância Anormal

Todas as teorias da psiquiatria geral contribuíram para a construção de formas nosológicas de classificação dos comportamentos ditos anormais. Segundo Abrão (2020), identifica-se que por muito tempo a psiquiatria infantil esteve vinculada a psiquiatria em

geral, fazendo permanecer o mimetismo, em que se buscava compreender os transtornos da infância tomando como ponto de partida os diagnósticos dos adultos loucos. Consoante Foucault (2006), a psiquiatria do século XVIII considerava que o adulto teria sinais que poderiam abarcar a predisposição hereditária para a loucura. Não havia naquele momento distinção entre a loucura em geral, das classificações de criança anormal, visto que a criança era apenas doente. Tanto a idiotia quanto a demência eram eleitas como doenças, sendo que a idiotia estaria presente nas crianças e a demência nos adultos.

Por meio das teorias de Esquirol, a idiotia deixa de ser retratada enquanto doença e passa a ser classificada como um atraso no desenvolvimento intelectual sem o risco de evolução, sendo ligada a vícios orgânicos e de constituição. A demência começa a ser vista como uma doença mental que tem relação com lesões orgânicas, tendo seu aparecimento tardio e podendo evoluir. Há também a diferença neste momento entre idiotas e retardados. Enquanto as crianças idiotas apresentariam a interrupção do desenvolvimento fisiológico e psicológico, ou seja, uma parada em certo estágio de desenvolvimento; as crianças retardadas apresentariam um desenvolvimento inferior aos demais, tendo uma capacidade mais lenta para se desenvolver.

Em meados do século XIX a preocupação da psiquiatria relacionada à infância passa a ter como interesse a compreensão de como a infância poderia interferir no desenvolvimento psicopatológico no adulto. Dessa forma, como aborda Donzelot (1980):

Compreende-se assim, o nascimento da psiquiatria infantil. Inicialmente ela não é ligada à descoberta de um objeto próprio, de uma patologia mental especificamente infantil. Seu aparecimento decorre das novas ambições da psiquiatria geral, da necessidade de encontrar um pedestal, um alvo onde se possa enraizar, sob a forma de uma pré-síntese, todas as anomalias e patologias do adulto, de designar um possível objeto de intervenção para uma prática que não pretende mais limitar-se a gerir os

reclusos, mas sim presidir à inclusão social. O lugar da psiquiatria infantil toma forma no vazio produzido pela procura de uma convergência entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais (p. 120).

Segundo Silva, Pires, Scisleski & Hartmann (2010), assim nasce na psiquiatria a configuração da criança anormal diferenciada do adulto louco. A psiquiatria se afasta da doença e se ocupa com o comportamento inscrito em critérios normativos, criando uma nosografia que sistematiza as síndromes de anomalias, como os comportamentos considerados anormais. Neste sentido, como refere Foucault (2006), a criança idiota ou a criança retardada deixa de ser uma criança doente como seria antes do século XIX, e passa a ser uma criança anormal (p. 266).

Dentre os primeiros registros de tratamento psiquiátrico infantil temos o menino de pseudônimo Vitor, avaliado por Pinel no Instituto Nacional dos Surdos-Mudos em 1800 e que foi tratado inicialmente por Jean-Marc Gaspard Itard. Victor foi diagnosticado como deficiente intelectual e submetido ao tratamento da medicina moral da época. Na sequência os casos gravitavam em torno do conceito de retardo mental ou idiotia como abordado por Esquirol, sendo que a psiquiatria voltada à infância durante quase todo o século XIX se baseava neste quadro nosológico (Abrão, 2020).

Para o tratamento das crianças idiotas, Édouard Séguin (1840-1880) inicia sua proposta de medicina pedagógica, trazendo um modelo educativo de tratamento voltado à recuperação dos idiotas. Este modelo sistemático médico-pedagógico refletiu nos trabalhos do psicólogo Alfred Binet e do médico Théodore Simon, os quais desenvolveram uma escala métrica no intuito de aferir quantitativamente os diferentes níveis de inteligência, construindo o conceito de idade mental. Segundo esta classificação, somente os débeis mentais se beneficiam do método médico-pedagógico (Abrão, 2020). Criou-se um primeiro modelo classificatório da inteligência em níveis, os quais conforme Grunspun (1992), abrangiam a

idiota, que contemplava crianças que são incapazes de comunicar-se por intermédio da palavra, o imbecil, que englobava crianças que não conseguiam comunicar-se por meio da escrita, e o débil mental, abrangendo crianças que sabiam comunicar-se por meio da palavra e da escrita mas apresentavam atraso de mais de dois anos em seus estudos, sem que esse atraso decorra de falta de acesso à escolaridade.

Consoante Foucault (2006) no período de 1835-1841 há o surgimento de alas asilares para crianças no interior do espaço psiquiátrico e o tratamento médico pedagógico se torna o principal modelo a ser adotado. Se inicia diante dessas criações nosológicas, como abordam Silva, Pires, Scisleski & Hartmann (2010) uma extensão da psiquiatrização da infância, de forma que a instituição hospitalar e a instituição de ensino se tornam coadjuvantes desse processo de expansão do poder psiquiátrico.

Essas classificações construíram a relação entre criança anormal e o adulto louco, tendo como base a noção de degenerescência e de instinto como fio condutor. De tal maneira, a criança degenerada ou anormal poderia potencialmente desencadear a loucura na vida adulta, visto que se apresentava como resquícios da loucura dos pais, sendo assim, “a criança anormal seria aquele sobre a qual pesam, a título de estigmas ou de marcas, os restos da loucura dos pais ou dos ascendentes” (Foucault, 2006, p. 282). A criança anormal também libertaria o seu instinto, o qual aparece na infância e pode ser entendido como aquilo que não se integra e que está em seu estado selvagem. O instinto aparece como um elemento natural em essência e que não pode ser controlado. Assim, a criança anormal seria também aquela que foi retirada do mundo moral e entregue aos seus instintos.

Com isso, como salienta Foucault (2006), diante das classificações criadas o desenvolvimento das crianças seria retratado como “uma espécie de norma em relação à qual nos situamos” (p.263), passando por uma dupla normatividade. A primeira se referia ao adulto enquanto norma para o desenvolvimento da criança, aparecendo como o ponto ao mesmo

tempo real e ideal do término do desenvolvimento. A segunda se configurava em torno da própria criança tida como normal, em oposto às crianças idiotas e retardadas que se situavam num grau inferior à própria norma.

Em suma, entre o século XIX e início do século XX, o campo da psiquiatria infantil esteve voltado essencialmente no estudo da idiotia, como uma das únicas manifestações psicopatológicas possível de ser diferenciada na infância. A nível de tratamento, o modelo médico-pedagógico em suas variações e adaptações, foi o principal a ser adotado (Abrão, 2020). De acordo com Foucault (2006), neste momento a psiquiatria passou a atuar sobre o adulto considerado louco e sobre a criança retratada e diferenciada como anormal, se ligando a uma série de instâncias disciplinares, como a escola, o exército, a família, entre outras, a fim de estender o poder psiquiátrico.

A partir de 1930, a psiquiatria infantil ao se separar da réplica do modelo nosológico proposto para o adulto, formando uma identidade. Neste sentido, conforme Abrão (2020), surgem duas correntes. A primeira alavancada por Kanner (1966b), a qual traz a discussão sobre os fatores psicológicos, ambientais e intelectuais na constituição do estado mental da criança. A psiquiatra traz uma inovação para a psiquiatria infantil ao se distanciar do caráter unicamente organicista para a etiologia das doenças mentais. Conforme pontua Reis e colaboradores (2000) Kanner promove uma ruptura ao inaugurar a Psiquiatria Infantil, considerando que as crianças não possuíam os mesmos modos de funcionamento afetivo e psicológicos que os adultos. Na sequência surge a psicanálise de crianças como um campo terapêutico delimitado e sustentado por meio da técnica da análise de crianças através do brincar criado por Klein (1932/1997). A autora enfatizava a importância do aspecto relacional e a influência do fator ambiental na gênese da doença mental, prezando pelo tratamento terapêutico e de forma secundária as análises diagnósticas.

Outra corrente da psiquiatria infantil se voltava para uma tendência organicista, que priorizava hipóteses etiológicas de natureza genética e manejo terapêutico predominantemente farmacológico, em que as abordagens terapêuticas seriam tratadas em segundo plano. Observa-se que esta corrente foi a que mais se propagou e perdurou. Essa tendência direcionou o olhar para o desenvolvimento infantil, procurando formas de tratamento para as crianças com dificuldades principalmente no meio escolar. Assim, especialidades como a psicologia, pedagogia, dentre outras, se aliaram à essa corrente da psiquiatria para atuar nas dificuldades escolares (Abrão, 2020).

Após as considerações sobre o poder psiquiátrico em torno da loucura por meio de suas diversas vertentes, foi demonstrado como a psiquiatria infantil esteve por muito tempo conectada à psiquiatria geral, de maneira a mimetizar as patologias dos adultos nas crianças. As crianças com algum transtorno mental eram consideradas como doentes e somente ao final do século XIX e início do século XX a psiquiatria infantil se torna uma especialidade com autonomia, passando a considerar a infância anormal. Neste momento, Binet e Simon criam uma escala para aferir as capacidades mentais da infância, sendo que este instrumento era viável para diferenciar o tratamento para os pacientes ineducáveis e os educáveis. Com isso, as crianças ineducáveis recebiam o tratamento asilar, já as crianças educáveis, recebiam um tratamento pedagógico. A partir desse momento histórico a psiquiatria infantil começa a caminhar sozinha e adotar um enfoque primordial desenvolvimentista, o qual permitiu avanços quanto a construção de uma classificação nosológica e quadros clínicos de doenças mentais específicas da infância. Para tanto, os desvios de comportamento na infância deveriam ser prevenidos e os já obtidos precisavam ser medicalizados.

3.3.3 A Infância Anormal no Brasil

A psiquiatria no Brasil anterior ao século XX abrangia práticas isoladas e sem grande repercussão, dando pouca ênfase para os cuidados direcionados às crianças com algum

transtorno mental. Neste período mencionamos o hospício Dom Pedro II, o qual abrigava as crianças nos mesmos espaços que os adultos. Essas não recebiam um tratamento diferenciado dos mesmos, visto que elas eram consideradas como "incuráveis" (Teixeira, 1997, p.60). Vimos que este período retoma o contexto geral da psiquiatria que adotava um mimetismo das patologias dos adultos para a infância, portanto, o tratamento dado às crianças também era semelhante ao do adulto.

A distinção entre crianças anormais e adultos loucos ocorreu de forma mais demorada no Brasil. Foi após as duas primeiras décadas do século XX que ocorreram iniciativas de maior destaque da psiquiatria infantil brasileira. As produções teóricas relacionadas ao contexto brasileiro passam a adaptar os modelos de tratamento para as crianças de países como a Europa e Estados Unidos (Abrão, 2020). Seguindo o contexto de expansão da psiquiatria infantil, bem como da psiquiatria preventiva, ocorre um enfoque na infância como etapa importante de intervenção para a prevenção de futuros adultos com alguma doença mental. Dessa forma, se viabiliza uma diferenciação clara do tratamento dado às crianças do que era destinado ao adulto no contexto republicano brasileiro. Damos destaque para duas instituições propulsoras do tratamento a criança anormal: o Pavilhão-Escola Bourneville no Hospital Nacional dos Alienados, criado em 1903 (Brasil, 1903) e o Pavilhão-Escola Pacheco e Silva na seção dos menores anormais no Hospital Juqueri, inaugurado por volta de 1929 (Baptista, 1938). Ambas as instituições expõem o tratamento médico-pedagógico dado às crianças anormais ditas como educáveis e demonstram uma extensão do poder psiquiátrico.

O Pavilhão Bourneville criou uma das primeiras alas destinadas às crianças. Conforme Silva (2008), o tratamento no Bourneville seguia as ideias de Séguin (1812-1880) de que o idiota era dotado de uma natureza moral que poderia ser submetida a tratamento. A idiotia da criança considerada anormal, seria passível de tratamento por meio de uma pedagogia metódica e voltada para suas necessidades e possibilidades. Com isso posto, os psiquiatras do

Bourneville defendiam a necessidade de dividir os indivíduos em alas diferentes de acordo com seus diagnósticos. Dessa forma, os idiotas eram separados dos demais grupos que não eram tratáveis, tais como os epiléticos e os psicopatas, pois, para eles desse modo haveria uma expansão da assistência à infância alienada. As crianças que não poderiam ser tratadas eram enviadas para as seções de epiléticos e tuberculosos. Essa questão traduz a segregação entre as crianças alienadas que poderiam ser tratadas e educadas, que seriam as idiotas, das que não poderiam ser curadas, como os epiléticos (Roma, 2021).

Para tanto, no Pavilhão o tratamento do maior público, os idiotas, os quais poderiam ser educados, seguia o método médico-pedagógico, sobre o viés de Séguin e Bourneville. O método consistia em ensinar tarefas básicas em onze passos. O passo “A”, era a educação do andar, o “B”, seria o refinamento da coordenação motora, composto por exercícios em barras paralelas e uso de escadas; o “C” se consistia na educação do sentido do tato em que era ensinada a noção de temperatura e texturas; o passo “D” se pautava no desenvolvimento da atenção a fim de trazer a noção de perigo; o “E” ainda voltado para a atenção buscava a educação da mão e do olho de forma a ativar esses sentidos; o passo “F” visava o treino da audição, olfato e paladar; o “G” ensinava a educação dos distúrbios intestinais, assim como o ensino de deglutição e utilização de talheres; o “H” trazia as noções de limpeza, como lavar as mãos e se vestir; o passo “I” se consistia na educação primária em que se ensinavam letras, cores, formas geométricas, noções de peso e medidas; no “K” era realizada a educação física, acompanhada de ginástica e canções, já o último passo o “J” se voltava para a educação profissional com oficinas de carpintaria, costura, entre outras. (Bourneville, 1895).

Em suma, as crianças idiotas eram ensinadas às funções básicas como abotoar camisas e educação intestinal. Eram destinadas à reabilitação física, que incluía a prática de exercícios físicos por meio de balanços, obrigando as crianças a realizarem movimentos de flexão e extensão das pernas, de forma a ensinar a andar e se movimentar adequadamente. Envolve o

treino de sensações táteis, da visão e do olfato, além do treino de atenção e o aprendizado escolar propriamente dito para uma posterior preparação de uma futura profissão. Assim:

O sistema pedagógico, que Bourneville propagou modificando-o de modo favorável, começa corrigindo de muito baixo as regressões à animalidade, e gradativamente eleva o educando fazendo-o ascender à escola primária e, ainda se possível, a alguma coisa do ensino secundário (Figueira, 1910, p.321).

O objetivo desse método era que a criança alienada aprendesse a ser útil a si mesma: aprendendo a comer, segurar colher, a levá-la a boca e a vestir-se. Além disso, dava a criança idiota a possibilidade de elevá-la intelectualmente a um alto grau, a ponto de torná-la adequada para viver em sociedade. Sendo assim, era necessário “um tratamento precoce das crianças, para que em número crescente fossem úteis para a sociedade” (Bourneville, 1895, p. 213).

Ao tentar seguir os moldes europeus, o método precisou ser moldado ao contexto brasileiro. De acordo com Roma (2021), havia uma falta de espaço físico para a internação das pensionistas, assim, as crianças de famílias pobres, muitas vezes custeavam a estadia no pavilhão por meio da arrecadação de dinheiros nas oficinas do Bourneville. Além disso, muitas das famílias retiravam as crianças para utilizá-las como mão de obra no cotidiano. Portanto, observa-se que a prioridade do pavilhão era o público pagante, de forma que esta prática segregacionista da assistência levava à exclusão de algumas crianças da ala infantil.

Outro fato em destaque é que no pavilhão não se apostava na reintegração da criança à sociedade. Conforme Figueira (2010), a criança anormal deveria ficar institucionalizada, já que poderia gerar riscos futuros e contribuir para um desserviço. Suas ideias se vinculavam ao contexto republicano de saneamento e assepsia nacional. Acentuando a aproximação entre crianças anormais e delinquência, e reforçando a ideia de que a infância pobre seria um perigo para a sociedade.

Outro Hospital Psiquiátrico que na sequência histórica diferenciou o tratamento dos adultos e das crianças, foi o Hospital Juqueri. Segundo Monarcha (2010), Franco da Rocha criou no Asilo Colônia de Juqueri um pavilhão que segregava as crianças dos adultos. Este pavilhão de início abrigava cerca de trinta meninos assistidos, os quais recebiam cuidados médicos-higiênicos. Com a vinda de Pacheco e Silva para o pavilhão infantil houve um cuidado pedagógico para as crianças. Sendo que ele observou em sua experiência no Estados Unidos que:

os anômalos mentais convenientemente assistidos desde a infância, protegidos contra as influências sociais, orientados e educados de acordo com a capacidade de cada um, podem, ao atingir a idade adulta, adquirir bons costumes e prestar serviços na indústria e na agricultura, provendo às próprias necessidades (Pacheco e Silva, 1926, pp. 21-22).

Assim, seguindo o parâmetro estadunidense, Pacheco e Silva criou a Seção de Menores Anormais no Hospital Juqueri. A seção passou a integrar os pavilhões de asilo e escola, contando com um conjunto diverso de profissionais, de várias disciplinas, com ênfase nos de origem médica, dentre eles: pedopsiquiatra, acadêmico interno, auxiliar técnico do médico, professores, adjuntos de ensino, instrutor de ginástica, auxiliares de aulas e trabalhos manuais (Monarcha, 2010). Segundo Baptista (1938), a divisão entre as crianças foi feita da seguinte forma:

Com a instalação da “Escola Pacheco e Silva” ficou automaticamente criada a seção de menores anormais do “Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo”. Os pequenos internados foram divididos em dois grandes grupos fundamentais: ineducáveis (idiotas de todos os gêneros, imbecis, epiléticos em marcha para estado demencial, post-encefálicos graves, etc.) e educáveis. Estes, débeis mentais e anômalos com perturbações da moral e do caráter. O pavilhão Asilo foi

reservado para o abrigo dos menores ineducáveis; o pavilhão Escola para os educáveis (Baptista, 1938, p. 254).

As classificações adotadas na seção além de ir em encontro com as escalas de inteligência, também seguia a teoria de Morel no que tange a hereditariedade. Sendo que, as causas da anormalidade mental e moral nessas crianças proveriam de causas patológicas, como a herança neuro psicopática na fase pré-natal, herança mórbida e tóxica de infecções como sífilis, álcool e tuberculose; consanguinidade e idade avançada dos pais; traumatismo, bem como causas sociais associados a fatores mórbidos, como negligência e incitação dos pais, abandono, prostituição e alcoolismo dos genitores, miséria, entre outros. Portanto, toda criança que por hereditariedade apresentava um atraso de inteligência reconhecidamente inferior à média das crianças da mesma idade, ou que tivesse algum comportamento irregular, denunciando anomalia moral, se diria como uma criança anormal (Pacheco e Silva, 1940, p. 490).

Para as crianças anormais passíveis de educação era destinada uma ortopedia mental, com o objetivo da reeducação dos sentidos, da vontade, afetividade, atenção, destreza manual e locomoção coordenada para correção da inteligência. No plano da ortopedia mental se englobavam algumas ações como: educação dos sentidos, educação das atenções, educação da memória, exercícios de escrita, linguagem; trabalhos manuais como dobraduras, modelagem, jardinagem; exercícios de desenho; lições para estimular a observação, entre outros. Com isso, o programa pretendia educar os sentidos, atenção e vontade dos anormais por meio de instruções e exercícios, não através de preceitos, seguindo a lógica utilitarista de Rousseau. Este cronograma educacional para as crianças retardadas seguia cuidados extremos com a educação sensorial, instrução, poder de concentração e disciplina (Baptista, 1938, p.257).

Observamos que tanto no Bourneville quanto no Juqueri, o tratamento psiquiátrico possível foi o destinado às crianças anormais tidas como educáveis. Essas podiam receber um

tratamento médico e pedagógico e eram vistas com particularidade e maior atenção do que as demais. Ademais, o atendimento voltado à infância anormal mantinha-se dentro de um modelo asilar e hospitalocêntrico, excluindo os deficientes mentais da própria nosografia psiquiátrica (Assumpção Jr., 1995, p. 49).

A partir de 1930 ocorrem criações de instituições voltadas ao atendimento de crianças com qualquer deficiência ou distúrbio mental, como a Associação Pestalozzi em 1932 e o Instituto Pestalozzi em 1935, ambas em Belo Horizonte. No Rio de Janeiro em 1933 é construída a Seção de Ortofrenia e Higiene Mental, a qual visava a orientação das “crianças-problemas” em escolas das chamadas. Arthur Ramos, psicanalista desta instituição, permitiu o surgimento de uma distinção na educação brasileira entre crianças que apresentavam alguma deficiência intelectual das crianças com problemas emocionais. (Abrão, 2020).

Com o mesmo intuito de diferenciar o tratamento das crianças com deficiência intelectual das demais, outras instituições foram criadas na sequência. Em São Paulo, damos destaque para a Clínica de Orientação Infantil de 1938, fundada por Durval Marcondes e que traz como diferencial as primeiras realizações de avaliações e trabalho em equipes multiprofissionais, bem como a promoção de modificações ambientais na escola e na família. Em 1940, na Unidade Infantil do Hospital do Juqueri, mencionamos Stanislaw Kryniski, o qual construiu seu trabalho no campo da psiquiatria infantil, destacando-se no estudo da deficiência mental e contribuindo diretamente para a criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de São Paulo na final da década de 1950 (Abrão, 2020).

Com o objetivo de promover ações preventivas, em 1956 é criado o Serviço de Higiene Mental e psiquiatria Infantil no Hospital das Clínicas de São Paulo. O serviço abrangia além da prevenção dos distúrbios de comportamento da criança, um tratamento clínico-ambulatorial e multiprofissional das patologias mentais da infância e orientações destinadas a seus familiares atendidos (Pérez-Ramos, 2006, p. 38). Após alguns anos, em

1961, ainda no Hospital das Clínicas de São Paulo, foi criado o Serviço de Psiquiatria da Infância, o qual conduziu suas ações em uma proposta descritiva da nosografia psiquiátrica e em práticas de intervenção hospitalar com restritas interações interdisciplinares (Abrão, 2001).

Na mesma direção, no que tange a profilaxia e ações preventivas na infância, temos o surgimento de instituições psiquiátricas em outros estados do país. No Rio de Janeiro temos duas instituições significativas: o Hospital Neuropsiquiátrico da Infância em Engenho de Dentro fundado em 1942 e a Clínica de Orientação Infantil criada em 1953, a qual seguia com a orientação multiprofissional, propondo avaliações psicológicas e neuropsiquiátricas e subsidiando a prática da psiquiatria infantil sobre o viés da psicodinâmica. Em Porto Alegre, temos a criação da Unidade de Psiquiatria Infantil do Hospital São Pedro em 1963 (Abrão, 2001).

Até o momento vimos que a Psiquiatria no Brasil surge de forma tardia tendo sua propagação no século XX, em que as crianças anormais são diferenciadas no que se refere ao tratamento ao adulto. Tanto o Pavilhão Bourneville quanto a Seção dos Menores Anormais no Juquery expressam as primeiras instituições que se dedicavam ao tratamento diferenciado das crianças. Ambas realizavam classificações das crianças anormais enquanto educáveis e não educáveis. As crianças educáveis recebiam um tratamento médico-pedagógico pautando-se essencialmente no desenvolvimento e educação dos sentidos. Já as crianças consideradas como não educáveis eram segregadas das demais, recebendo pouca atenção para perspectivas terapêuticas.

A atenção para o tratamento das crianças com alguma deficiência mental se inicia a partir de 1930 no campo nosológico da psiquiatria. Essa atenção se voltava para ações preventivas e profiláticas, dando ênfase para a avaliação diagnóstica e orientação pedagógica em casos de menor gravidade. As Clínicas de Orientação Infantil surgem como expressão

dessas ações, as quais ao englobarem uma equipe multiprofissional se dedicarem aos ajustes comportamentais das crianças e ambientais no contexto familiar e escolar. Apesar dos avanços no que se refere a diferença de tratamento entre crianças e adultos neste momento, a adoção da prática asilar como proposta de assistência psiquiátrica à criança com transtorno mental foi primordial, tanto através de instituições de internato como de semi-internato, além de que no âmbito hospitalar, o atendimento ambulatorial também era priorizado em relação a outros possíveis atendimentos terapêuticos (Abrão, 2020).

3.3.4 A Propulsão Da Higiene Mental Da Infância

Identificamos que o tratamento destinado à infância anormal no Brasil ocorreu de forma tardia, sendo que somente no início do século XX ocorreu uma maior atenção voltada para o campo da infância anormal. Após o início dessa atenção, há uma aproximação entre os saberes da psiquiatria, psicologia, educação, caracterizando medidas no campo da higiene mental da criança.

A Higiene Mental como já vista no eixo anterior, começa a se propagar no Brasil no período republicano por meio do discurso médico higiênico, o qual acompanhou o processo de transformação política e econômica da sociedade em uma economia urbano-comercial. Neste momento as ações sanitaristas se expandiram por todo o país para o controle de epidemias de doenças contagiosas, bem como as ações de uma política demográfico-sanitária em torno da questão racial (Mansanera e Silva, 2020).

A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) criada neste contexto, em 1923, foi uma das mais representativas criações do corpo profissional higiênico em torno da ideologia eugênica. Consoante Jurandir Freire Costa (1979, 1989), a miscigenação, o alcoolismo, as doenças infecciosas, o ócio, a criminalidade do povo brasileiro eram causas da degradação moral e social do Brasil e por isso deveriam ser combatidas por meio de uma prevenção eugênica, destinada a formar indivíduos brasileiros mentalmente sadios. Ao levar em

consideração os preceitos preventivos da medicina social e da higiene pública, os profissionais envolvidos na LBHM resgatavam os mecanismos reguladores que implicavam não só a disciplinarização dos corpos, esfera individualizante do poder disciplinar, mas também regras de higiene que garantiriam a saúde da população: a higiene das famílias, os cuidados com as crianças, a escolaridade, os comportamentos e aptidões no trabalho, entre outros (LBHM, 1925).

Neste momento tornou-se importante a prevenção de riscos das crianças consideradas psiquiatricamente anormal, de forma a identificar pequenos signos anunciadores de uma patologia grave por vir. Como já dito no eixo anterior, a infância no período republicano ligada a percepção da higiene mental seria um período fundamental do desenvolvimento, à qual deveria ser submetida a diversas técnicas, a fim de serem vigiadas e corrigidas para que quando adultas, corresponderem aos comportamentos esperados da sociedade, como ter um trabalho ou construir uma família. Ao considerar os aspectos psíquicos do desenvolvimento e a profilaxia, os higienistas entendiam que a educação seria o principal meio de correção dos comportamentos inadequados e de uma formação ideal do futuro adulto (Nascimento & Mandelbaum, 2020).

A disciplinarização dos corpos das crianças era ligada à ideia de dominação de seus instintos, adotada anteriormente pelos psiquiatras degeneracionistas. Devido aos instintos, os comportamentos de excessos nas crianças poderiam surgir, entretanto, esses excessos levariam a criança ao afastamento de sua condição normal e produziria mudanças psíquicas, como no caso da imaginação em excesso, que poderia provocar na criança o afastamento da realidade e a aproximação da alienação mental.

A noção de prevenção dos comportamentos instintivos das crianças se vincula à importância da prevenção de riscos no contexto republicano brasileiro. Conforme Castel (1983), o conceito de risco para a psiquiatria, foi tratado quase sempre como um perigo que

circula a esfera mental e que expõe o paciente a disposição de comportamentos violentos. Assim, o risco seria uma noção de uma qualidade sobre o perigo, se assentando em probabilidades e dados aleatórios. Ou seja, embora existam temores de uma recorrência, há sempre um fator de incerteza entre o diagnóstico de periculosidade e a realidade de atuação (p. 120). Portanto, a prevenção trazida pela psiquiatria passa então a caracterizar os indivíduos a partir de um diagnóstico, classificando aqueles que são normais e os que estão em risco como perigosos ou associados.

Ao considerar a prevenção de riscos o olhar para o desenvolvimento infantil continha também a ideia de prevenção dos perigos sociais e dos “desvios”. Na concepção de Becker (2008), o desvio pode ser compreendido em termos estatísticos como tudo o que varia em relação à média, ou como uma infração de uma regra socialmente criada, por exemplo, quando um comportamento de algum membro de um grupo foge das regras determinadas e passa a ser visto como um outsider, ou aquele que não condiz com as regras esperadas.

Diante do cenário higienista do período republicano brasileiro, podemos destacar a imagem do Hospital Colônia Sant’Ana (HCS), hospital psiquiátrico situado em Santa Catarina e criado em 1941. Esta instituição pode ser considerada um exemplo de ações preventivas em torno de crianças consideradas portadoras de desvios da normalidade. Nas análises de Borges e Caponi (2018) sobre o tratamento destinado às crianças e adolescentes desse local, identificaram com base no Relatório do diretor do Hospital Colônia Sant’Ana (Faria, 1942) que havia 309 pacientes admitidos, sendo que 29 tinham entre 5 e 19 anos, e com base nos livros de registro de entrada de pacientes, 119 sujeitos com até 17 anos de idade somente na década de 1940.

Nos documentos, relatórios, prontuários analisados pelos autores, observou-se uma grande frequência de internação compulsória de crianças e jovens, devido ao fato de apresentarem supostos comportamentos desviantes, que naquele momento podiam ser vistos

como indicadores de que uma patologia psiquiátrica que provavelmente se desencadearia no futuro. Ainda conforme a investigação dos autores, os diagnósticos mais apontados no HCS eram de encefalopatia infantil; epilepsia; idiotia; esquizofrenia; oligofrenia; psicose maníaco depressiva e imbecilidade (Viana, 2015, p.73). Em muitos casos, eram atribuídos diagnósticos diferentes às crianças ao longo do processo de internação. Cabe destaque o fato de que nos prontuários examinados, muitos pacientes não tinham algum tipo de diagnóstico definido que pudessem identificá-los enquanto anormais para permanecerem na instituição. Outra observação feita é que os registros dos prontuários continham relatos superficiais sobre os comportamentos dos internados, estabelecendo uma regularidade que permitia uma internação sem prazo definido das crianças e adolescentes, os quais, em muitos casos, vinham a óbito.

Na instituição, para prevenir possíveis riscos sociais, algumas atividades eram exclusivamente destinadas às crianças anormais: às meninas eram dadas atividades referentes a “cozinha” e “lavanderia”, para os meninos, a principal atividade era a lavoura. Além dessas atividades, algumas ações preventivas foram adotadas no intuito de evitar o nascimento de crianças anormais ou intervir nas que já existiam. Dentre as ações, a procura dos psiquiatras e eugenistas por uma caracterização descritiva e minuciosa de estigmas das crianças ditas anormais, como: a simetria ou deformação da cabeça, do rosto, dos membros; os vícios de conformação das orelhas; o retardo intelectual e mental; o cretinismo; o alcoolismo (Souza, 2013, p.161).

Outras práticas adotadas foram: a construção das árvores genealógicas da população, o que permitiriam futuras ações para limitar os casamentos disgênicos e a esterilização dos degenerados, bem como o exame pré-nupcial que para ser eficaz precisava do levantamento do genótipo. Essas ações buscavam a erradicação do nascimento de crianças anormais. Em suma, todas essas intervenções refletiam uma política de higiene mental preocupada com aspectos ligados à hereditariedade e sua relação com o meio social, bem como a permanência

dos velhos mitos da hereditariedade mórbida vinculados à teoria da degeneração (Borges, Caponi; 2018).

Além do Hospital Colônia Sant'Ana, diversos hospitais colônias foram criados em outros estados brasileiros, por meio da política nacional encabeçada pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) em 1940. O SNDM seguia a premissa higienista e permitiu a implementação nacional do Serviço de Higiene Mental e dos Ambulatórios de Higiene Mental.

Além desses serviços, a própria LBHM se vinculou na propagação de diversas ações biopolíticas e higienistas em torno da infância no país. Conforme Nascimento e Mandelbaum (2020), a LBHM foi uma das instituições ligadas à medicina que reconheceu a psicologia como ciência e disparou a produção de estudos relacionados aos processos mentais. Além de considerar a psicologia como um campo útil para a psiquiatria, a Liga também a considerava como saber propedêutico fundamental para o desenvolvimento de ações no campo da higiene mental. Sendo que, enquanto um saber propedêutico, a psicologia contribuiria para a construção dos limites entre o normal e o anormal no que se referia ao desenvolvimento infantil, à aprendizagem e à adaptação dos indivíduos desajustados. Portanto, a LBHM aliava que a compreensão a respeito da normalidade caberia à psicologia, fornecendo apoio e expansão ao movimento de atuação psiquiátrica.

As clínicas e seções de ortofrenia são exemplos da aplicação do saber propedêutico da psicologia. Nesses espaços, além de haver uma produção de saber sobre o comportamento anormal das crianças, havia uma produção de estudos sobre o processo psicodinâmico dos comportamentos infantis, a aplicação de testes de inteligência e procedimentos de correção dos corpos das crianças por meio da educação sistemática de seus sentidos (Paicheler-Harrous, 2018).

Segundo Lopes (1930a), em 1926 a LBHG realizou a abertura de um Laboratório de Psicologia, a fim de se ligar aos planos de higiene mental de cunho profilático-social. Neste Laboratório, foram elaborados subsídios teóricos para a adaptação e prevenção à doença mental, resultando em uma melhor compreensão das características e aptidões mentais dos indivíduos. Dentre os trabalhos desenvolvidos no local, tem-se as pesquisas experimentais, que forneceram suporte teórico à psiquiatria e permitiram a elaboração de novos testes para a avaliação das funções psíquicas e do comportamento. Lopes (1930b) exemplifica alguns materiais organizados e elaborados: como o material de Binet-Terman, a tradução e organização do material do exame psicográfico da inteligência de Vermeulen e testes de nível motor de Ozeretzky, a produção de trabalhos que se voltavam para a avaliação sobre a discriminação das cores no jardim da infância, no intuito de discriminar a acuidade visomotora, entre outras pesquisas.

Os trabalhos da psicologia, no geral, se ocupavam com a avaliação da evolução mental e física das crianças, sendo que os resultados das escalas e testes deveriam fornecer as normas quantitativas e qualitativas para as diferentes idades. Para avaliar a evolução física e mental das crianças nas diferentes faixas etárias, os inquéritos e testes foram os instrumentos cruciais do estabelecimento das normas de comportamento para cada fase do desenvolvimento (Antipoff, 1930). Essa classificação seria também importante para a formação das classes escolares conforme as idades físicas e mentais, e para a organização das classes especiais, as quais, conforme Cavalcante (1943), seriam arranjadas pelo psiquiatra-pedagogo ou médico-psicólogo de acordo com os tipos de atrasos mentais. Ainda para o autor, “a necessidade de seriação dos mentalmente anormais se daria para ser possível individualizar a educação corretiva e terapêutica adequada para cada déficit mental” (p.5).

Assim, os processos pedagógicos passaram a se unir à psicologia para mensurar e verificar a capacidade mental do aluno, no intuito de melhorar seu rendimento escolar e

formar pessoas que vivessem bem socialmente. Neste contexto higiênico, os educadores participavam das Escolas de Aperfeiçoamento, que forneciam aos professores primários noções de Psicologia Experimental e de Psicologia da Criança e garantiam o título de “pedagogoespecialista”. Esses profissionais, poderiam fazer pesquisas de campo com os alunos das escolas primárias para conhecerem as condições psíquicas das classes dentro de uma escola. O intuito era demonstrar como a escola poderia contribuir para a profilaxia da higiene mental, garantindo um futuro equilíbrio mental do povo.

Além de fornecer um caminho para organizar as classes escolares e fomentar os processos pedagógicos, as pesquisas experimentais da psicologia aplicadas à educação favoreceram a investigação dos aspectos psicossociais relacionados à aprendizagem e para o desenvolvimento de material científico que coordenaria os processos educativos (Lopes, 1930a). Dessa forma, por meio dos testes, observações diretas das atividades escolares, a psicologia se aliou para conhecer as características de personalidade das crianças e os múltiplos fatores da aprendizagem.

Além das contribuições mencionadas, a psicologia estabeleceu íntima relação com o campo da psiquiatria. A psiquiatria precisava de um saber que colaborasse na construção de parâmetros para sustentar a delimitação entre o normal e o anormal e as alterações e funcionamento das estruturas psíquicas. Desse modo, encontrou na psicologia uma forma de construir a imagem de saúde mental como uma mentalidade que é desenvolvida corretamente por meio de experiências convenientes que se traduziriam em comportamentos mais adequados. (Nascimento & Mandelbaum, 2020).

A expansão do campo psiquiátrico precisava da psicologia para fornecer subsídios teóricos que auxiliassem na prática psiquiátrica da profilaxia das doenças mentais, que incluiria vigilância e controle constantes dos indivíduos em prol da sociedade. Os testes e técnicas aplicadas pelos psicólogos, facilitariam também ao psiquiatra a avaliação das

mentalidades normais e as aplicações específicas de higiene mental nos indivíduos tidos como são de espírito, como orientação profissional, seleção psicológica dos escolares, saúde mental dos operários, entre outras ações (LBHM, 1930, p. 311).

A psicologia ao adotar a prevenção de risco tão disseminada neste período higienista, se tornou útil também no ambiente escolar. Para Giusti (2016), o objetivo escolar que deveria ser formar indivíduos para atuar criticamente na sociedade, foi moldado ao longo dos tempos e principalmente na atualidade, se tornando diagnosticar e tratar comportamentos infantis tidos como problemas. A partir de 1920, a escola começou a considerar que o potencial do indivíduo poderia ser medido por meio de técnicas científicas para quantificar e controlar os padrões de normalidade.

Seguindo o modelo higienista de educação sanitária nas instituições escolares, a lógica do biopoder, que surge por volta dos séculos XIX e XX, passa a operar de modo a regenerar e transformar os modos de vida da população. A infância como etapa de vida maleável para a inoculação de hábitos saudáveis e adequados e por ser de fácil apreensão de normas e valores para a formação de adultos civilizados, tornou-se um dos principais alvos de controle. As práticas da instituição escolar passaram a estabelecer as formas consideradas corretas para a criança seguir, inculcando formas de vigilância de seus comportamentos (Giusti, 2016). O espaço escolar tornou-se uma “ponte” para o processo de medicalização dos comportamentos infantis e, de acordo com Collarese Moysés (2014), este espaço recebeu as primeiras intervenções psiquiátricas na infância como tentativa de normalizar e disciplinar os alunos.

O termo “medicalização” surgiu no início da década de 1970 no âmbito da sociologia da saúde, a fim de estudar os problemas da vida que passaram a ser definidos em termos médicos com o início da medicina moderna. Esses estudos analisavam a introdução de normas de comportamentos que a medicina introduziu na sociedade por meio do processo de medicalização, o qual se acentuou no século XVIII no contexto social higienista, de forma a

atuar na vida privada das pessoas com o auxílio de profissionais da saúde e educadores. (Gaudenzi & Ortega, 2012).

Alguns autores como Conrad e Schneider (1992) analisam a medicalização como meio de controle social. Sendo assim, a medicina se apropriou da medicalização definindo problemas não médicos como problemas médicos a serem tratados, com ou sem medicação. Alguns exemplos são o controle de comportamentos desviantes, que a medicina se apropriou de categorias da infância para serem medicalizadas, como hiperatividade e dificuldade de aprendizagem.

Como refere Gaudenzi e Ortega (2012), a teoria de Foucault traz a ascensão da medicina sobre a população como uma forma de governo da sociedade, de maneira que ela passa a circular em diversos âmbitos da vida, atingindo todas as formas de existência e comportamento humanos. Para Foucault (1976), a medicina passou a regular os corpos no registro individual e coletivo, traduzindo uma medicalização do espaço social. De tal maneira, engendrada como uma prática social, passou a operar na gestão e maximização da vida, traduzindo o processo de biopolítica, entendido como um poder sobre a vida. Assim, a vida humana começou a ser analisada pelos termos médicos em várias esferas da vida: biológica, sexual, comportamental; sendo que essas passaram a ser geridas pelas regras de normalidade estabelecidas pela medicina.

A partir do governo da vida, a psiquiatria por meio dos diversos manuais diagnósticos e ao implementar a medicalização de comportamentos desviantes acentuou a prevenção de comportamentos de riscos na infância. Gutting (2005a) aborda que a preocupação da biopolítica é com a antecipação dos riscos, visto que, a observação dos fenômenos sociais em termos populacionais, possibilita a implantação de mecanismos reguladores que tem como finalidade manter um estado de equilíbrio para a sociedade.

Conforme Bauman (1999), o processo de medicalização da vida e da infância seguindo a lógica da prevenção ao risco, busca eliminar o comportamento desviante e o contexto que ele engendra, tecendo um mundo no qual o perigo, ainda que de forma sutil, possa ser controlado. A via principal para o controle do perigo se torna a medicalização, visto que, medicar o comportamento tido como anormal, mesmo que ainda não manifesto, se torna o caminho para controlar riscos e proteger a sociedade de um futuro não desejado e ameaçador. Portanto a infância dita como anormal carregou e ainda carrega um perigo e uma ameaça que necessita de controle por meio da medicalização.

Resgatando os traçados desta seção, vimos que a atenção voltada para a infância anormal se propagou com maior intensidade, a partir do século XX com a noção de higiene mental da infância. Neste sentido, as ações higienistas foram pautadas na prevenção de riscos, desde a prevenção de nascimentos de crianças anormais, quanto a intervenção em crianças que já apresentavam patologias mentais. Uma das instituições aqui exemplificadas e caracterizadas foi o Hospital Colônia Sant'Ana, na qual atuou a máquina higienista e eugênica internando e intervindo no campo da infância anormal por meio de ações preventivas. Outros campos de saberes neste período foram levantados como propulsores da higiene mental infantil, como a psicologia, psiquiatria e educação.

Nesta direção, os saberes da psicologia alavancados pela aliança com a LBHM começaram a estabelecer os limites entre o normal e o anormal para os comportamentos infantis, permitiram a construção, organização e aplicação de testes, os quais foram importantes para o campo educacional para ordenar as classes escolares bem como as classes especiais, expandindo os processos pedagógicos e estudos referentes aos fatores psicossociais envolvidos na aprendizagem. Possibilitaram também a expansão da psiquiatria em torno da higiene mental da sociedade. Os saberes da psicologia, da educação, submetidos ao discurso psiquiátrico, foram usados em prol da profilaxia e da prevenção de comportamentos

considerados desajustados na infância, sendo que a medicalização em conjunto com esses saberes, se tornou um instrumento viável na biopolítica da infância (Nascimento & Mandelbaum, 2020).

3.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA E CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL INFANTIL NO BRASIL

3.4.1 Panorama da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Ao retomar a história da psiquiatria no Brasil, Amarante (2005) tece alguns marcos históricos que promoveram a institucionalização dos doentes mentais no nosso país: a inauguração do Hospício Pedro II em 1852, a Proclamação da República em 1889 em concomitância com o auge da Psiquiatria Científica. É importante lembrar que antes desses marcos, conforme aponta Brandão (1918), os alienados viviam de forma livre pelas ruas, em situação de abandono ou reclusos em asilos de mendigos ou cadeias públicas, não sendo incluídos em projetos das instituições psiquiátricas.

Com a criação do Hospício Pedro II, houve um deslocamento da atenção ao tratamento dessa população, seguindo os princípios da recente ciência psiquiátrica pautada no modelo asilar, que conforme Devera e Costa Rosa (2007), contemplava:

o conjunto de dispositivos, de feições cristalizadas, criados ainda no século XIX, a partir de práticas elaboradas num contexto histórico preciso, em relação a uma problemática social concreta: um código teórico (as nosografias clássicas), uma tecnologia de intervenção (o tratamento moral), um dispositivo institucional (o asilo), um corpo de profissionais (os médicos-chefes) e um estatuto do usuário (o alienado, definido como menor, e passível de assistência (p. 62)

Com a Proclamação da República, o então Hospital Pedro II, transformado em Hospício Nacional de Alienados, deixa de ser controlado pela Santa Casa e passa ao domínio

do Estado. Neste local, conforme Machado e colaboradores (1978), o psiquiatra Teixeira Brandão foi o nome de expressão que permitiu a criação do primeiro decreto para o alienado e fazia do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura. Assim, o Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903, estabelecia pelo artigo 1º que o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, compromettesse a ordem pública ou a segurança das pessoas, deveria ser recolhido a um estabelecimento de alienados.

Ao explorar o decreto, observamos, consoante a percepção de Santiago (2014), que Teixeira Brandão propôs um novo olhar sobre os adoecidos mentalmente. Porém, as questões morais e religiosas orientavam as terapêuticas destinadas à doença mental e o Estado mantinha seu papel intervencionista sobre o doente mental. Por meio dessas diretrizes, o estabelecimento psiquiátrico (hospital, asilo ou casa de saúde) seria o espaço privilegiado da assistência (artigo 1º.), desde que comprovada a alienação (artigo 1º, § 1º.) e mediante a autorização de internação pela autoridade médica (artigo 2º.; artigo 13º., § 1º.)

O psiquiatra era legalmente reconhecido e autorizado a produzir saberes científicos sobre a doença mental, assumindo uma função intervencionista e de saneador social. Portanto, a figura do psiquiatra, ou do alienista tinha a posição de perito, que ocupava o seu espaço asilar de atuação como detentor da verdade sobre a loucura e sobre a gestão da vida dos indivíduos adoecidos mentalmente. Dessa forma, “estes indivíduos tinham sua cidadania tutelada aos alienistas, sobre o discurso de proteção, e eram negativados quanto aos seus papéis de conhecedores de si ou como detentores da capacidade de gerir suas vidas e seus bens” (Santiago, 2014, p. 95-96)

Segundo De Paula (2018), a legislação de 1903 advém de um contexto higienista e eugênico que buscava uma ordem social por meio da segregação do alienado. Neste sentido, aqueles que apresentavam qualquer tipo de comportamento desviante, deveriam ser realocados para não interferir na organização social e no padrão de normalidade (Santiago,

2014). Entretanto, apesar do código falar sobre a importância da alienação mental, ele não esclarece ou define o que seria a alienação mental nem propõe meios e formas claras de examinar o alienismo (Santiago, 2014).

No decreto, apenas os estereótipos em torno da fisionomia eram levantados como discurso para os comportamentos anormais. Sendo assim, tendo como base a Antropologia Criminal, as características físicas e fisionômicas das pessoas eram consideradas para identificar a tendência para certos tipos de crimes e vícios, retratando um padrão de sinais de propensão à loucura (De Paula, 2018). Vemos essa questão no Art. 2º § 1º, em que a admissão nos asilos de alienados deveria se fazer mediante a requisição ou requerimento, conforme a autoridade pública ou pedido particular. Sendo que nesta requisição deveria conter uma guia, com nome, filiação, naturalidade, idade, sexo, cor, profissão, sinais e físicos e fisionômicos do indivíduo suspeito de alienação, uma fotografia, bem como outros esclarecimentos sobre a identidade do suspeito de alienação.

Com isso, o decreto reproduzia um discurso em torno da anormalidade, estabelecendo que aqueles que se desviavam do padrão de comportamentos normais para a época, deveriam ser segregados e trancafiados nos comumente chamados manicômios. Segundo Amarante (2000), o modelo assistencial hospitalocêntrico era primordialmente delimitado pela segregação do doente, que retirado da sociedade cumpriria uma função muito mais de proteção do coletivo do que do próprio indivíduo adoecido. Ou seja, a psiquiatrização do alienado, respondia ao processo de normalização dos doentes mentais.

Podemos caracterizar os processos de normalização, consoante Foucault (2010b), como regimes de poder que se constituem pela elaboração de sistemas de distribuição e correção de indivíduos, objetivando homogeneizá-los diante de uma norma, ou um modelo de referência, uma norma. Para tanto, esses processos são baseados em técnicas e estratégias de estabelecimento de limites e enquadramentos. Eles podem ser considerados como dispositivos

a favor da biopolítica, sendo articulados para colocar limites nos corpos, os quais devem ser controlados e administrados para assegurar a existência da sociedade moderna.

Assim, por meio da gestão da vida dos corpos, vemos que a normalização retira a possibilidade de dar voz ao indivíduo e sua singularidade. Identificamos esse sequestro da singularidade, também, no decreto, que em nenhum momento lança qualquer tentativa de dar voz ao alienado. Este, não tinha seu discurso autorizado, quem respondia por ele poderia ser o alienista, o administrador do asilo, o juiz de direito, os peritos de polícia ou o Ministro de Justiça. Sua colocação verbal só seria possível para manter sua posição, podendo apenas reclamar, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade, ou denunciar a falta dessa formalidade (Decreto n. 1.132/ 1903, 1903).

Posterior ao código e à direção de Teixeira Brandão, o Hospital dos Alienados foi dirigido por Juliano Moreira, o qual seguiu com as proposições psiquiátricas para um sistema coerente de caráter asilar e se tornou uma figura importante para a expansão da institucionalização da loucura em outros lugares no país, como por exemplo, o Juqueri. Estes locais começaram a seguir a influência da Psiquiatria Alemã e adotar os conceitos da degenerescência e eugenia, se distanciando do alienismo francês (Devera & Costa Rosa, 2007).

Conjuntamente à expansão dos hospitais psiquiátricos, se proliferaram também pelo país, as colônias agrícolas, as quais tinham o intuito de reeducar os doentes mentais por meio do trabalho, de forma contínua e regrada. Entretanto, essas colônias não tinham estruturas para abrigar a quantidade de excluídos que ali eram destinados, dentre eles, órfãos, prostitutas, e outros, que acabavam se submetendo a situações infames e precárias. Assim, tanto os hospitais psiquiátricos como as colônias, tinham características comuns como a superlotação, maus-tratos, e condições precárias para a sobrevivência dos doentes mentais que ali estavam (Devera & Costa Rosa, 2007). Eles eram abarcados pelo modelo psiquiátrico nascido do

modelo biomédico, que conforme Amarante (2007), apresentava como uma das características principais o tratamento baseado na hospitalização, a qual se aproximava às instituições carcerárias, pautadas em um funcionamento de vigilância, controle e disciplina.

Neste contexto, houve a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que como já mencionada e discutida anteriormente, foi importante por possibilitar ações preventivas abrangendo a doença mental. No mesmo momento, se configurava o nacionalismo brasileiro pautado em um Estado totalitário, após a Revolução de 1930 e no início da Era Vargas, marcando o autoritarismo e restrições das liberdades individuais (Santiago, 2014).

Diante dessa conjuntura, posterior ao Decreto de 1903 poucas mudanças ocorreram no campo legislativo em torno da doença mental. Em 1934 é revogado o Decreto 24.559 o qual dispôs sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos (além de) outras providências. (Decreto 24.559/1934, 1934, p.01). Com essa legislação é reafirmado o modelo hospitalocêntrico e reforçada a figura do psiquiatra como perito da loucura. No cenário desta regular, permeada pelo autoritarismo político e por ideais preventivos em relação à doença mental trazidos pela LBHM, forma-se uma relação entre loucura e periculosidade em que a medicina mental conforme Amarante (2000), envolvia a doença mental na equação doente mental-perigo-social e começava a atribuir a ideia de que “a doença mental seria perigosa para a sociedade, devendo ser punida e resguardada” (p. 189).

Neste sentido, surgem diversas denominações para o doente mental como “psicopatas”, “toxicômanos”, “intoxicados habituais”, “menores anormais” e “indivíduos suspeitos”. Outras terminologias começam a ser usadas para argumentar a importância da reclusão dos mesmos, tais quais: “contágio mental” e “suspeitas de afecção mental” (Decreto 24.559/1934, 1934). Além das nominalidades dadas aos doentes mentais, foram criadas

muitas classificações dos possíveis comportamentos desviantes dos mesmos, se estreitando a noção de loucura e periculosidade. Entretanto, a potencialidade de vir a ser perigoso ou louco era ampliada sem ser clara ou esclarecedora. Como podemos ver no Art. 10. em que o psicopata ou o indivíduo suspeito que atentasse contra a própria vida ou a de outrem, perturbasse a ordem ou ofendesse a moral pública, deveria ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento (Decreto 24.559/1934, 1934). Neste trecho, não são descritas quais ações poderiam interferir na ordem social ou pública, sendo que quaisquer comportamentos teriam a potencialidade de ser elencados como suspeitos de periculosidade ou loucura. Ademais, ao longo do decreto não é caracterizada como seria a figura do louco ou psicopata, se tornando amplificada.

Ainda, na atualização do decreto são criados três regimes de internação, o regime aberto seria destinado aos doentes que não recusavam a internação, o regime fechado abarcava aqueles encaminhados por ordem judicial, os que se mostravam perigosos, ou tinham riscos de fuga. Já o regime misto se configurava pelo recebimento inicial no regime aberto de pessoas com suspeita de doença mental, e após confirmação da condição seriam destinados à internação definitiva (Santiago, 2014). Dentre esses regimes de internação, a família poderia realizar a solicitação de internação ou alta de um indivíduo. Aqui a família aparece com a função de dar assistência ao doente mental.

Segundo Venâncio (2011), a assistência familiar, surge por volta de 1930 e se caracterizava pela assistência homofamiliar, que se consistia pela prestação de assistência psiquiátrica aos doentes no próprio seio familiar, ou pela assistência heterofamiliar, em que algumas famílias capacitadas ofertavam moradias em torno do manicômio. O modelo heterofamiliar, contribuiu para a formulação das Colônias de Alienados, ou os Asilos Colônias ou Hospitais-Colônias, que já foram mencionados. Os sistemas homo familiar e heterofamiliar são pontuados no decreto pelo Art. 3. § 1º, o qual expõe que os psicopatas

deveriam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência heterofamiliar do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que neste lhes pudessem ser ministrados os necessários cuidados (Decreto 24.559/1934, 1934, p. 02-03).

Embora haja uma inovação ao incluir a família como responsável pela atenção à doença mental, ela se apresenta como uma categoria normalizadora, visto que sua participação é disciplinada e regulada. As famílias consanguíneas participam do envolvimento com os doentes mentais somente no início e fim das internações psiquiátricas e apenas as figuras masculinas eram autorizadas para esse contato: o pai, os filhos ou o marido, caracterizando um discurso patriarcal. Portanto, a família junto a instituição psiquiátrica, por meio do novo decreto apresentado, se configurava como uma aparelhagem de função social estabelecida, a de segregar o doente mental, impedindo o contato com o mundo fora do hospício. Ambas as instituições eram instrumentalizadas e tuteladas pelo discurso preventivo do Estado em adotar ações e políticas disciplinares em torno da doença mental, construindo um processo de medicalização social (Santiago, 2014).

Nos anos 50 foi adotada no país, uma política de expansão da rede de assistência em saúde mental, sendo que se investiu na compra de serviços particulares, com recursos públicos, em um percurso de privatização da saúde mental. Segundo Messa (2008), em termos políticos, o Brasil vivia um período desenvolvimentista, no qual existia um alto investimento e empreendedorismo econômico, industrial e infra estrutural para acentuar o desenvolvimento nacional. Com o plano desenvolvimentista, dentro dos manicômios e asilos eram estimuladas as práticas laborais, como formas de adestrar os pacientes para o trabalho, direcionando a capacidade produtiva dos mesmos em responder aos interesses capitalistas nacionais. Portanto, diante de uma organização médico-previdenciária-privatista-industrial, durante a ditadura militar brasileira e no governo democrático seguinte, a assistência em saúde mental

se pautou essencialmente na lucratividade, de forma a fortalecer o modelo hospitalocêntrico e ampliar as internações de alta permanência. Se fazia uma política de saúde mental baseada na indústria da loucura, que era discriminatória e priorizava os ganhos financeiros com o número acentuado de internações psiquiátricas (Santiago, 2014).

Como ilustração do cenário da indústria da loucura podemos citar o Hospício Colônia, situado na cidade mineira de Barbacena. Conforme Arbex (2013), pelo menos 60 mil pessoas morreram ali, sendo que os momentos de maior lotação eram os que mais geravam lucro. Como exemplo dessa lucratividade, tem-se nos anos de 1969 e 1980, cerca de 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos, sem questionamento, para dezessete faculdades de medicina do país. O retrato do lucro escondia as engrenagens da violência que acometia essas pessoas, das quais foram retirados os nomes, as roupas e a identidade. Foram roubadas de uma condição digna de vida, sendo inseridas em um sistema em que suas mortes representavam ganhos financeiros. Elas morriam de frio, por dormir no relento da Serra da Mantiqueira; de fome por terem as refeições reduzidas e sobreviverem bebendo esgoto, urina ou comendo ratos; morriam de doenças pela situação precária à qual eram submetidas e morriam de eletrochoque. Cabe falar que cerca de 70% das pessoas no Barbacena não tinham diagnóstico de doença mental. Eram:

epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. (Arbex, 2013, pp. 13-14).

Diante desse panorama brasileiro de extrema violência aos sujeitos considerados como loucos, começaram algumas mobilizações sociais, a fim de questionar e reivindicar formas

humanizadas de tratamento. Para tanto, no início dos anos 70 se iniciou o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trouxe críticas e propostas alternativas ao modelo hospitalocêntrico (asilar), o qual excluía e gerava violência aos doentes mentais. Nos primeiros anos do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira observa-se a participação social e política de alguns atores sociais na luta contra as formas de violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, bem como contra a hegemonia do saber psiquiátrico e do modelo hospitalocêntrico. Destacou-se nesse cenário o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado em 1978 por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (Brasil, 2005). Como aborda Amarante (2007), o MTSM se tornou cada vez mais integrado em torno da luta por uma sociedade brasileira sem manicômios, e desencadeou a criação de cooperativas e associações em torno desse lema, dentre elas: Loucos pela Vida (Juquery e posteriormente em Ribeirão Preto), SOS Saúde Mental (São Paulo), Franco Basaglia (São Paulo), Franco Rotelli (Santos), entre outras. Algumas figuras internacionais também foram importantes para as discussões em torno do sofrimento mental brasileiro, como a vinda de Franco Basaglia para o Brasil, trazendo sua experiência de desinstitucionalização psiquiátrica na Itália, bem como a vinda de Félix Guattari, Robert Castel em 1979 no III Congresso Mineiro Brasileiro de Psiquiatria, para o debate acerca da violência do hospital psiquiátrico de Barbacena.

Por meio desses movimentos e discussões, em 1987 ocorreu a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, e em 1989 deu-se o início de um processo de intervenção, em Santos (SP), propondo-se a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) 24 horas, cooperativas e residências como uma rede de cuidado alternativo e substitutivo aos egressos do antigo hospital psiquiátrico da cidade, a

Casa de Saúde Anchieta, que era conhecida pelos maus-tratos e pelas inúmeras mortes de pacientes (Brasil, 2005).

A nível legislativo, em 1989 se dá no Congresso Nacional, a entrada do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) no Congresso Nacional, propondo a extinção progressiva dos manicômios e uma regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais. Por meio dessa normativa, de forma descontínua, pouco sistematizada e sem uma linha de financiamento, entrou em vigor a regulamentação e a implantação dos serviços de atenção diária, partindo-se das primeiras experiências de CAPS, NAPS e Hospitais-dia em Santos (Brasil, 2005).

A 8a Conferência Nacional de Saúde, evento que permitiu a discussão e formulação de políticas de saúde e posterior criação do Sistema Único de Saúde (SUS), também possibilitou o desdobramento da I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro e do II Congresso Nacional do MTSM em Bauru no ano de 1987 trazendo a prioridade da discussão em torno de uma reestruturação da saúde mental no Brasil. Com a criação do SUS em 1990 foi possível a regulamentação da participação da comunidade na gestão do sistema com a Lei n. 8142, sendo assim, se expandiu o controle social também para a esfera da construção de políticas de saúde mental e atenção psicossocial. (Amarante, 2007).

Em 2001, a Lei 10.216 ou Lei Paulo Delgado é sancionada no país, redirecionando a assistência em saúde mental, de forma a implantar a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais e privilegiar a oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Embora esta lei não tenha exposto mecanismos claros para a extinção dos manicômios, ela permitiu um novo ritmo para a desinstitucionalização. A partir dela, foram criadas linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, foram criados recursos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no Brasil. Como exemplo, temos o “Programa de Volta para a Casa”, que

possibilitou o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas (Brasil, 2005).

A intenção da Lei nº 10.216 era retirar a centralidade do modelo hospitalar, colocando o mesmo como coadjuvante do processo de reabilitação psicossocial. Essa reabilitação se daria por meio da integralidade do tratamento, preferencialmente por meio de dispositivos multidisciplinares e comunitários. Nesta lógica, internações voluntárias, involuntárias e compulsórias, não poderiam mais ocorrer em instituições com características asilares, como explicitado no Art. 3º § 3º, o qual vedou a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares. Além disso, colocou a internação psiquiátrica em posição de exceção como no Art. 6º, que delimitou a internação psiquiátrica somente mediante laudo médico circunstanciado que caracterizasse os seus motivos (Lei nº 10.216/2001, 2001, p. 01).

Assim, com a finalidade de uma reabilitação social seria necessária uma alta planejada, cuja alternativa para essa alta seriam os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Esses serviços se organizavam por casas e espaços domiciliares na comunidade, apresentando suporte profissional destinado aos egressos. Com isso, aqueles que advinham de longas internações e que não tinham suporte familiar e social para uma ter uma moradia ou reingressar socialmente, passavam a ter um espaço adequado de tratamento. O SRT se tornava uma modalidade assistencial substitutiva ao da internação psiquiátrica e um dispositivo de (re)construção e exercício da autonomia cotidiana e social (Ministério da Saúde, 2004a; 2004b).

Em oposto aos decretos de 1903 e 1934, a lei de 2001 redirecionava o olhar para os direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico, como abordado no Art. 1º, que assegurava sem qualquer forma de discriminação, os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental (Lei nº 10.216, 2001, p. 01). Também buscava um

tratamento mais humanizado e o resgate da subjetividade do sujeito adoecido, que até então não podia ter voz ou responder legalmente por si sem intermédio de familiares, médicos, ou instituições jurídicas, como pode ser visto no Parágrafo Único da Lei que tratava dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Lei nº 10.216/2001, 2001, p. 01).

Por fim, a nova legislação resgatava a importância dos laços diversos e relações sociais no cotidiano do sujeito portador de doença mental, reconhecendo de forma legal essa interação como direito, como é observado no Art. 3º, que traz como responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família. (Lei 10.216, 2001a, p. 01)

Diante da explanação sobre a saúde mental no Brasil, vemos que as formas de classificar as pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como as terapêuticas destinadas à elas se alternaram conforme cada contexto político e social. Vemos que a institucionalização para a população portadora de transtornos mentais se iniciou no Hospício Pedro II e teve

como primeira legislação o Decreto n. 1.132 de 1903, que criava uma lei para definir parâmetros para a internação psiquiátrica e segregação dos alienados do restante da população. Este considerava as pessoas com algum transtorno mental como alienados, qualquer pessoa que apresentasse uma moléstia mental congênita, trazendo as ideias do degeneracionismo e herança mórbida para o campo da doença mental. Por meio dessas considerações que permeavam o higienismo e eugenismo da época, as características para considerar a internação dos alienados eram os aspectos físicos, como fisionomia e cor da pele. As terapêuticas se baseavam no controle e na disciplina para que houvesse uma normalização dos comportamentos tidos como desviantes dos alienados. A figura do psiquiatra ou alienista era a mais importante e tutelava os alienados, retirando deles a autonomia e capacidade de gerência de vida. Os alienados não tinham direitos e, além disso, tinham suas vidas e vozes apagadas.

Com a Revolução de 1930 em que se iniciou no país um período desenvolvimentista e nacionalista, trazendo em conjunto os conceitos preventivistas da LBHM que se alastraram de forma disseminada no campo da saúde mental. O Decreto n. 24.559 de 1934 surgiu neste contexto como forma de outorgar as práticas higienistas, dispondo sobre uma profilaxia mental que desse assistência e proteção aos psicopatas. Aqui o termo psicopata e novas nomenclaturas, como menores anormais, surgem para designar a pessoa com algum transtorno e vincular a noção de loucura com periculosidade. Essa relação amplificava a internação de pessoas que tinham características potenciais para serem enquadradas nos hospícios. Algumas novidades surgem com o decreto, como as definições dos regimes de internação aberto, fechado ou misto. Ademais, a família neste momento passava a responder pelos psicopatas de maneira a dar assistência aos mesmos, porém, se configurava também como uma instituição que além da psiquiatria, acentuava a segregação e reintegração social.

Diante do cenário de violência e industrialização da loucura, na década de 70 se iniciava o processo da Reforma Psiquiátrica, que por meio de mobilizações sociais de diversos setores reivindicavam tratamentos dignos e adequados às pessoas portadoras de transtornos mentais. Como resultado desses movimentos foram criados os primeiros Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos. Em 2001 foi aprovada a Lei n. 10.216 que já vinha em tramitação. Esta trouxe inovações para o campo da saúde mental ao colocar as pessoas portadoras de transtornos mentais como sujeitos de direitos, e como detentores de autonomia e autogestão. Por meio dessa, se dava o início da humanização e o resgate da subjetividade deles. Assim, programas como “De Volta Pra Casa” entre outros, e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgiram como alternativa ao modelo hospitalocêntrico, buscando a reintegração social dessa população. Trazia a internação psiquiátrica como exceção e a possibilidade de tratamentos comunitários e mais humanizados.

3.4.2 Atenção Psicossocial no Brasil

Conforme Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), o surgimento do termo “Psicossocial” tem sua origem vinculada a dois acontecimentos históricos: às transformações da prática médica e às transformações da prática psiquiátrica. Segundo Donnangelo e Pereira (1979), no que tange às mudanças da medicina, surgem nas décadas de 1940 e 1950 movimentos da Medicina Integrativa, Medicina Comunitária e Medicina Preventiva, os quais buscavam a inserção da dimensão social na produção das enfermidades, contrapondo a redução do indivíduo aos aspectos orgânicos. A exemplo da Medicina Integral, tem-se o esforço pela exclusão do caráter fragmentário das condutas médicas e o alcance da ideia do indivíduo enquanto uma totalidade, englobando os aspectos biológicos, psíquicos e sociais. Neste sentido, cria-se a ideia do indivíduo enquanto uma “totalidade bio-psico-social irreduzível a um conjunto de estruturas e funções orgânicas” (Donnangelo, 1979, p.79) que precisaria de

uma organização de trabalho em equipes multiprofissionais para ter todas as necessidades atendidas.

Um segundo acontecimento pontuado por Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) diz respeito às transformações da prática psiquiátrica após a crise da psiquiatria. Conforme Amarante (2007) depois da Segunda Guerra Mundial a sociedade direcionou o seu olhar para os hospícios refletindo sobre as condições de vida dos pacientes internados, que traduzia uma total ausência de dignidade humana. Diante disso, iniciaram-se as experiências de reformas psiquiátricas.

Dentre as experiências de Reformas Psiquiátricas, Amarante (2007) menciona a Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional como um grupo de mobilizações que acreditava que o problema dos hospitais psiquiátricos estava na forma de gestão e por isso seria necessária uma mudança institucional. Retratando os movimentos relacionados à Comunidade Terapêutica na Inglaterra, observa-se que nos hospitais psiquiátricos havia um excesso de pacientes para um número precário de profissionais. De tal forma, uma das soluções pensadas para um dos hospitais psiquiátricos, como no Mountfiel Hospital, foi a organização de reuniões em que pacientes, profissionais discutiam as dificuldades, os projetos e planos para cada paciente do hospital. Tal experiência ficou ainda mais conhecida por Maxwell Jones, a partir de 1959, por meio dos grupos operativos e grupos de discussão. Ao se falar dos movimentos da Psicoterapia Institucional, também conhecido como Coletivo Terapêutico, Amarante (2007) traz a experiência na França dirigida inicialmente por François Tosquelles no hospital de Saint-Alban. Neste local acontecia o Clube Terapêutico, gerido por pacientes e profissionais, o qual trazia a proposta a elaboração de festas, encontros, passeios e outras atividades. Também eram oferecidas oficinas de trabalho, artes e ateliês de leituras. Todas essas atividades resgatavam a noção de trabalho terapêutico, no qual todos teriam uma

função e poderiam fazer parte da comunidade com o intuito de lutar contra a verticalização das relações e a violência institucional – que serão melhor explicadas no decorrer desta seção.

Outras experiências de reformas psiquiátricas podem ser citadas, dentre elas: a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Preventiva, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. Em relação a Psiquiatria de Setor na França, Amarante (2007) descreve minuciosamente como essa experiência direcionou esforços para um trabalho terapêutico após a alta hospitalar do paciente. Por meio da idealização de Lucien Bonnafé alguns centros de saúde mental (CSM) foram distribuídos pelas regiões ou setores administrativos da França, assim cada equipe multiprofissional que acompanhava o paciente no interior do hospital também deveria acompanhar em sua residência. Já a experiência da Psiquiatria Preventiva nos EUA, conforme Amarante (2007), também conhecida como Saúde Mental Comunitária teve como principal fundador Gerald Caplan, o qual entendia que toda doença mental poderia ser prevenida desde que detectada precocemente. Caplan adotou outro termo para a doença mental, compreendendo a mesma como “desordem” que deveria ser prevenida e erradicada da sociedade. Dessa forma, era necessária a “busca de suspeitos”, expressão usada para identificar pessoas que poderiam ser portadoras de alguma patologia mental, a fim de tratá-la precocemente. Ele usou o termo “crise” oriundo da sociologia para designar as desadaptações e adaptações sociais. Tendo como base esses termos, as equipes de saúde mental americana deveriam atuar como consultores comunitários no intuito de detectar as crises individuais, familiares, sociais e intervir preventivamente nas mesmas. Diante desse panorama preventivo também foi implantada nos EUA a “desinstitucionalização”, entendida como um conjunto de medidas de redução da entrada de pacientes em hospitais psiquiátricos. Para o objetivo de tornar o hospital um lugar obsoleto, foram implantados no país centros de saúde mental, hospital-dia, hospital-noite, lares abrigados, entre outros. (Amarante, 2007)

Amarante (2007) não refere a Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática como experiências de reforma, visto que deram início ao processo de rompimento com o paradigma psiquiátrico. Ao falar da Antipsiquiatria, o autor aponta para a tentativa de Ronald Cooper em promover uma antítese à teoria psiquiátrica, sugerindo que a experiência patológica não ocorre no indivíduo, englobando o seu corpo e sua mente, mas nas relações entre ele e a sociedade. A antipsiquiatria não considerava a doença mental como objeto da ciência natural, mas como uma experiência do sujeito em seu meio social. Dessa forma, propunha que a terapêutica deveria se pautar na própria vivência da experiência, que expressaria uma forma de reorganização interna do sujeito. Nesse sentido, o terapeuta deveria acompanhar e proteger o paciente durante esse processo, auxiliando a viver e superar a experiência, incluindo o processo de violência psiquiátrica.

Ao abordar a Psiquiatria Democrática, Amarante (1996) traz a trajetória de Franco Basaglia na Itália, o qual, apropriando-se das ideias de Foucault e Goffman, propôs a desinstitucionalização como estratégia de ação e negação da psiquiatria enquanto ideologia, bem como a negação da instituição manicomial. Em oposto a proposta elaborada pela Psiquiatria Preventiva nos EUA, de desinstitucionalização enquanto desospitalização, Basaglia sugere a desinstitucionalização como desconstrução do paradigma psiquiátrico. Segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), isso significou a retirada exclusiva do saber psiquiátrico sobre a doença mental, de forma a compreendê-la como um processo social e histórico de apropriação da loucura.

Conforme Amarante (2007) a experiência de Basaglia iniciou-se na década de 60 ao visitar um hospital psiquiátrico e identificar nele os processos de violência, mortificação e des-historização gerados pela instituição psiquiátrica nos pacientes. Assim, inspirado nas experiências da Comunidade Terapêutica e Psiquiatria Institucional iniciou uma nova forma de tratamento e reabilitação, nos hospitais de Gorizia e Trieste. Para Basaglia era necessário a

superação do aparato manicomial, o qual envolvia não apenas o aspecto físico do hospício, mas um conjunto de saberes e práticas que buscavam o isolamento, a segregação e a patologização da experiência humana.

Na proposta de Trieste, de acordo com Amarante (2007), Basaglia lutou pelo fechamento das enfermarias psiquiátricas e dos pavilhões, e simultaneamente propôs a criação de outros serviços substitutivos ao modelo manicomial. A expressão “serviços substitutivos”, passou a ser adotada de forma a caracterizar um complexo de estratégias visando tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas. Dentre os primeiros serviços substitutivos criados têm-se os centros de saúde mental (CSM), os quais em oposto às propostas americanas e francesas que reinternavam os pacientes nos manicômios em situações graves, pautavam-se na integralidade do cuidado com a saúde mental. Eram centros de base territorial, ou seja, atuavam no território de forma a tentar reconstruir a forma com que a sociedade lidava com o sofrimento mental. Além disso, outras estratégias para inclusão social foram criadas, como a construção de residências para os antigos pacientes dos hospitais psiquiátricos e a criação de cooperativas de trabalho.

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) pontuam que as transformações, tanto da prática médica como da prática psiquiátrica, tiveram correspondência no contexto brasileiro com os movimentos nacionais da Reforma Psiquiátrica. Na década de 80, o termo “psicossocial” no Brasil passou a ser usado para designar os novos dispositivos institucionais substitutivos e alternativos ao modelo asilar, dentre eles o dispositivo já citado: os CAPS, que buscavam outra lógica de funcionamento, negando o paradigma psiquiátrico. Para Costa-Rosa (2012), vários títulos são designados para contrapor o paradigma psiquiátrico, dependendo do contexto e momentos históricos, dentre eles “práticas alternativas à psiquiatria”, “reforma psiquiátrica”, “atenção ou modo psicossocial”. O termo adotado aqui será “Modo Psicossocial” referindo-se, na perspectiva de Costa-Rosa (2012) como ao conjunto de práticas

que compõem o paradigma alternativo, e o qual se propõe a ser substitutivo ao paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador. Ao falar sobre o termo “psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador”, o autor retoma a medicina mental e remete ao discurso médico proposto pela psiquiatria e à utilização contemporânea da medicação como resposta principal para os impasses do sofrimento psíquico (Tenório, 2000).

Para Costa-Rosa (2012) o paradigma do Modo Psicossocial e o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador carregam direções contraditórias em suas teorias, éticas e técnicas, impondo também modos antagônicos de produção de subjetividade. Conforme Amarante (2000), o Modo Psicossocial pode ser dado como um conjunto das práticas promovidas pela Reforma Psiquiátrica, em um movimento dialético de contradição ao modelo psiquiátrico tradicional, chamado de modo asilar. Conforme o autor, o paradigma psiquiátrico, em sua história, foi baseado em alguns pilares. No que tange ao objeto de trabalho de tratamento, o modo asilar era focado na doença. Este modo de atenção formulou a concepção de que a ênfase dos problemas mentais estaria nas determinações orgânicas, sendo assim, as patologias e o organismo do sujeito seriam alvos de, fundamentalmente, como meio de tratamento, a medicalização e isolamento social, sem considerar a subjetividade do indivíduo, o qual seria apenas um depositário de intervenções, sem potência de voz e isolado do convívio social.

Destarte, o modelo centrado na doença, como o trazido pelo modo asilar, promove na concepção de Foucault (2015) a apropriação de tudo aquilo que não é medicável, ou seja, torna o que é de ordem social, econômica, ou política, alvo médico. Além disso, no modo asilar, a medicalização para Foucault (1986) surge como um dispositivo disciplinar de vigilância, de forma a bloquear os corpos pela internação e permitir um controle minucioso dos mesmos. Dessa maneira, a medicalização, a qual surge com a medicina social, tem como principal objeto o corpo do indivíduo, caracterizado como poder disciplinar. Mas também

apresenta como alvo o corpo social, entendido como biopolítica. Essa nova versão de poder atua sobre os corpos adentrando de maneira detalhada o cotidiano das pessoas, visando o máximo de docilidade, de controle de tempo, dentro de um espaço público (Foucault,1986).

O aspecto disciplinar se traduz também na estrutura arquitetônica do panóptico como no manicômio, maior representante do modelo asilar. Segundo Foucault (1986), a estrutura panóptica organizava-se em unidades espaciais em um círculo, que permitia à torre do interior do panóptico ver sem parar e reconhecer imediatamente o paciente. Além disso, implicava em algumas funções: trancar, privar de luz e esconder. Dessa forma, fora arquitetado para permitir um controle interior, detalhado e articulado, operando na transformação dos indivíduos, como ao dominá-los pelo conhecimento, modificá-los, bem como excluí-los. Para tanto, nesse espaço, a técnica de poder disciplinar, projetava recortes finos da disciplina, de maneira a individualizar os excluídos, mas utilizando os processos de individualização para marcar exclusões. Portanto, realizava a marcação binária de louco- não louco; normal-anormal e aplicava uma determinação coercitiva que assumia a tarefa de medir, controlar e corrigir os comportamentos individuais dos pacientes. (Foucault,1986)

Além de atuar como um dispositivo disciplinar, segundo Amarante (1996), o modo asilar como um dispositivo institucional, visava a objetivação dos sujeitos. A partir da objetivação, todas as pessoas tornam-se semelhantes: suas histórias, culturas, sofrimentos, de modo a negar as suas subjetividades e identidades. Entretanto, essa objetivação transforma-se posteriormente por intermédio da psiquiatria como uma forma de alheamento da realidade, de forma que todo fenômeno relacionado ao isolamento ou de (des)socialização que parte da doença começam a ser entendidos como sinais ou sintomas da doença em curso. Para tanto, os sintomas da exclusão gerados pela instituição acabam por serem entendidos como um percurso natural da entidade psicopatológica, não sendo compreendidos como consequências diretas da institucionalização. Desse modo, a reclusão gera a incorporação no indivíduo de

uma série de violências e por força dessas mesmas violências pode se tornar violento, antissocial, alienado; ficando difícil diferenciar o que é do seu próprio sofrimento e o que lhe é impresso pela própria condição da institucionalização. (Amarante, 1996)

Amarante (2000) retoma outros pilares do modo asilar, como no que diz respeito ao meio de trabalho com os pacientes, o qual envolvia como figura principal o médico psiquiatra e uma equipe multidisciplinar, mas que de forma descontínua trabalhava de modo secundário e auxiliar, prestando assistência ao médico. Amarante (2000) refere que, suas proporções de trabalho se assemelham ao modelo da divisão do trabalho em que as tarefas, no caso os sujeitos, são fragmentados e encadeados como qualquer mercadoria da produção comum, para serem atendidos, passando em primeiro lugar pelo atendimento médico e posteriormente pelos especialistas. Nesse modelo o elo de conexão entre os profissionais geralmente é o prontuário, mas a determinação fundamental para resolução dos problemas continua sendo biológica em que a eficácia do tratamento espera-se, pois, que venha da química

Amarante (2000) refere que outra base do modo asilar são as formas da organização da instituição, que de maneira geral, apresentam organogramas típicos piramidais ou verticais. Neste sentido, os fluxos de poder eram direcionados em apenas um sentido, o de cima para baixo, sendo que poucos determinavam as ordens e a maioria obedecia. Consoante Costa-Rosa (2012) detalha essa organização do paradigma psiquiátrico, o qual abarca um conjunto de práticas relacionadas à estratégia e à tática, visando manter a formação social, por meio do esforço em manter um equilíbrio dinâmico das realidades segmentares: os interesses dominantes e os interesses dos subordinados. Por um lado, há um conjunto de práticas de efeitos repressivos e ideológicos por parte dos interesses dominantes. Do lado oposto, existe um conjunto de práticas concordantes com os interesses dos dominantes, reproduzindo esses interesses devido à dominância material e ideológica.

Na perspectiva de Foucault (2010), as relações de poder são uma relação desigual e relativamente estabilizada de forças, que implica um em cima e um em baixo, representando uma diferença de potencial. Para o autor, existem múltiplas relações de poder que atravessam e caracterizam o corpo social, sendo que essas relações de poder não podem se separar, nem funcionar sem uma produção, uma acumulação ou um funcionamento do discurso. Os discursos dominantes funcionam como um poder, existindo como uma política do saber, ditando verdades que podem ser aplicadas na sociedade. De tal forma, as relações de poder exemplificam as mesmas relações sociais da produção de mais-valia no campo social, implicando em relações verticais de domínio e subordinação. Consoante Foucault (2010) o poder se exerce, só existe em ação, e representa uma relação de força. Neste sentido, o poder se exerce nas relações sociais e nos discursos dominantes.

No que tange à forma de relação com a cliente no paradigma psiquiátrico, Amarante (2000) descreve as relações em termos de dualidades, entre loucos e sãos (inter-loucos-sãos) ou simplesmente entre doentes e sãos, dentre outras variações duais. A instituição psiquiátrica, enquanto um locus depositário dos pacientes, atua por meio da interdição do diálogo, produzindo um discurso que fixa o usuário à imobilidade e impede mobilizações. Neste sentido, acaba por funcionar como um espaço depositário de tutoria de uma clientela considerada carente. Portanto, na perspectiva da produção de subjetividade pode-se dizer que neste paradigma, são dadas as condições para a reprodução das relações intersubjetivas verticais, típicas do modo capitalista de produção (serializada).

Costa-Rosa (2012) traz alguns efeitos dessas relações de poder e da forma de tratamento promovida pelo paradigma psiquiátrico como a produção de saúde psíquica relacionada à produção de subjetividade capitalística. Segundo Foucault (2010), as relações de poder no discurso da instituição produzem uma sabotagem das dimensões criativas no próprio trabalho dos agentes institucionais, os quais reproduzem a mesma forma de subjetividade das

relações sociais dominantes. Além das implicações nos profissionais, Amarante (2000) traz os efeitos terapêuticos da forma de tratamento do modo asilar nos pacientes: que implicam tanto na cura, como no tamponamento dos sintomas orgânicos, gerando uma adaptação dos pacientes a uma subjetividade capitalística, cujos desdobramentos amplos talvez sejam a adaptação dos sujeitos na sociedade.

Em uma construção inversa, segundo Amarante (2000), o Modo Psicossocial como modelo substitutivo ao asilar, envolveria como objeto de trabalho o indivíduo circundado por questões políticas, sociais, culturais e orgânicos, não de forma genérica, mas considerando esses atravessamentos conforme cada contexto e realidade. O sofrimento psíquico intenso seria deslocado enquanto entidades exclusivas do sujeito, sendo considerado como fenômeno social complexo. Neste caminho, tanto a família como o contexto social deveriam ser agentes de mudança em conjunto com o indivíduo. Para Amarante (1996), esse deslocamento da doença mental enquanto conceito psiquiátrico, para o enfoque no fenômeno social da doença mental, foi pensado por Basaglia em sua luta pela desinstitucionalização, direcionando a importância colocar a doença mental entre parênteses, de forma a ocupar-se, não da doença mental como conceito psiquiátrico, mas sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença mental. Assim, como aborda Amarante (2009), Basaglia trouxe a mudança de entendimento do problema do homem como um sujeito-objeto de um sofrimento social, possibilitando uma mudança de entendimento da doença mental, que passa a ser tomada em sua relação com o campo social.

Por conseguinte, no Modo Psicossocial, segundo Amarante (2000), o meio de trabalho seria o interprofissional, que a partir da tentativa de superar a estratificação dos poderes e saberes, permitiria o intercâmbio e a comunicação de saberes e práticas para melhor atender as demandas do indivíduo, do contexto social e familiar. Neste exercício se buscaria a (re)integração social do sujeito por meio ações para além das questões biológicas, de forma a

implicar o sujeito enquanto agente da própria mudança. Consoante Amarante (2007), a tradição basagliana traz como legado a necessidade de envolver os atores sociais: os usuários, os familiares e demais agentes sociais para a democratização, acolhimento, corresponsabilização e superação do funcionamento baseado no paradigma psiquiátrico.

A organização do Modelo Psicossocial se daria por meio de relações horizontais, considerando que todos os membros da sociedade deveriam ser ouvidos para a tomada de decisões nas instituições. Assim, tal poder de decisão teria como ênfase a participação dos usuários e a participação popular, buscando para além de uma decisão democrática, uma autogestão (Amarante, 2000). Dentre as contribuições de Basaglia, na perspectiva de Amarante (2007), tem-se o fortalecimento dos serviços, bem como das equipes a fim de evitar a reinternação dos pacientes nos hospitais. Isto posto, deveria-se atuar nos territórios para estimular os vínculos sociais, a solidariedade e transformar o lugar social da loucura.

Conforme Benevides-Passos (2004), ao se pensar-se na importância do social em saúde mental no Modo Psicossocial, entende-se o coletivo como plano de produção e de devolução da subjetivação. Assim, a experiência do coletivo pode ser uma forma de resistência à globalização que permeia a lógica do capital e equaliza as realidades dos indivíduos. O potencial da multidão retoma a produção de novas formas de existência e subverte a lógica de serialização produzida pelo capitalismo, contrapondo o paradigma psiquiátrico, e trazendo uma nova lógica: a de livre subjetivação.

Amarante (2000) traz a importância das transformações em torno do conceito de doença mental, que por muito tempo foi construído no processo discursivo da psicopatologia considerando a ambivalência do normal e patológico. Dentre elas, o Modo Psicossocial propõe pensar em forças, diferenças e potências. Neste sentido, a loucura começa a ser vista “[...] como força, como potencialidade de transformação, como produção de novos registros de temporalidade e de fluxo no espaço” (p. 49). No panorama de desconstrução de conceitos e

práticas, o Modo Psicossocial se propõe a pensar o sujeito da Saúde Mental envolvido em um coletivo em uma experiência-sofrimento, com potência para ser protagonista de sua vida, e subjetivar. (Amarante, 2000)

Diante dos traçados em torno do antagonismo entre o paradigma psiquiátrico e entre o Modo Psicossocial. Trazemos como enfoque, no contexto brasileiro, como refere Costa-Rosa (2000), os novos dispositivos institucionais já citados, como os CAPS, os quais surgem na tentativa de superar o paradigma doença-cura, que tinha no hospital psiquiátrico sua representação mais forte. Essa gama de serviços substitutivos deveria se vincular às ações integrais de cuidado no intuito de formar uma rede de Atenção Psicossocial, de modo a favorecer a compreensão de que quanto maior o leque de atividades que contemple a integralidade dos indivíduos, melhores podem ser os resultados para os mesmos (Quinderé & Jorge 2010).

Em nosso país a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi implantada legalmente em 2001 por meio da Portaria no 3.088 do Ministério da Saúde, de maneira a organizar um trabalho de base comunitária em conjunto com os diferentes serviços de atenção à saúde mental. A RAPS apresentou na sua proposta inicial vários componentes abarcando pontos de atenção e linhas de cuidado, sendo alguns deles: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e, por fim, Reabilitação Psicossocial. Posteriormente, uma nova proposta foi dada em 2017 pela Portaria no 3.588 que propôs uma nova formatação a essa rede. (Fernandes et al., 2020). Por meio da implantação da RAPS se buscava a ampliação do acesso da população ao cuidado em saúde mental, tendo como estratégia a articulação de diversos pontos de atenção para um acompanhamento longitudinal e territorial (Sampaio & Junior, 2020).

Dentro desse arcabouço legal de uma rede de cuidado integral os CAPS e NAPS, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), se tornaram os principais dispositivos da saúde mental ao assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, direcionando as políticas e programas de Saúde Mental e desenvolvendo projetos terapêuticos singulares e comunitários. Dessa forma, passaram a cumprir diversas funções como: prestar assistência direta na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, participar da promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, e articular os recursos existentes em outras redes, como escolas, cooperativas, entre outros agentes sociais.

Conforme Furtado e Campos (2005), as redes de cuidados se organizaram atuando no nível de atenção primária, no acompanhamento e apoio matricial de casos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), perpassando diversos níveis de atenção em uma só unidade, no intuito de subverter a lógica da hierarquização. Passaram a funcionar de modo a prestar atendimento especializado para casos de sofrimento psíquico intenso e persistente e acompanhar os pacientes nas unidades de internação dos hospitais gerais.

Os CAPS inseridos nas redes de cuidados, conforme o Ministério da Saúde (2004), são substitutivos às internações psiquiátricas, e se mostraram como serviços de saúde aberto e comunitário, de cuidados intensivos. Se configuraram como locais de referência e tratamento para pessoas que vivenciam um sofrimento psíquico intenso e persistente, psicoses, neuroses graves e demais quadros. Dentre os objetivos propostos nesses dispositivos tem-se a oferta de atendimento à saúde mental para a população em seu território, de modo a realizar acompanhamento clínico e possibilitar reinserção social dos usuários pelo acesso ao lazer, trabalho, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Ademais, busca a construção de um Projeto Terapêutico Singular para cada caso, o qual pode ser caracterizado como um conjunto de atendimentos que respeite a particularidade e

personalize o atendimento de cada pessoa tanto no CAPS quanto no ambiente externo. (Brasil, 2004).

Quanto às atividades desenvolvidas nesses espaços, são propostos atendimentos individuais, grupais, familiares, as atividades comunitárias e reuniões para organização do serviço. Em relação aos atendimentos individuais, organiza-se a realização de orientações, prescrições medicamentosas e psicoterapia. Os atendimentos grupais envolvem oficinas de diversos formatos como as oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, bem como a realização de grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, entre outras. Os atendimentos destinados aos familiares abarcam o suporte nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares. Já as atividades comunitárias são organizadas com o objetivo de promover trocas sociais e a integração do serviço e do usuário com a família e a comunidade; alguns exemplos são: as festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários. Por fim, as Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço são elaboradas para permitir uma reunião, preferencialmente semanal, com técnicos, usuários, familiares e outros convidados, a fim de discutir os problemas, a organização do serviço, avaliar as atividades desenvolvidas e propor sugestões para melhorar o atendimento oferecido (Ministério da Saúde, 2004).

A partir dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados, as equipes desses locais devem se organizar para acolher os usuários do serviço, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhando saberes no espaço de convivência do serviço e efetivando resolução de problemas. Sendo assim, o papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. Todos os profissionais são importantes para trabalhar a reconstrução dos laços sociais, comunitários e

familiares dos usuários, de forma a permitir gradativamente uma autonomia. Assim, não só o saber médico se torna válido no CAPS, mas todos os saberes compartilhados entre a equipe e os usuários para constituir um cuidado de qualidade. Pois, afinal os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o serviço, podem facilitar o tratamento, mas principalmente a reintegração social (Ministério da Saúde, 2004).

Observa-se que na RAPS, os CAPS e NAPS e os demais dispositivos da saúde mental surgiram como propostas alternativas ao modelo asilar no contexto brasileiro, ofertando ações voltadas para um cuidado biopsicossocial, que abarque para além do olhar biológico, uma atenção integral à saúde mental. Isso se transpõe para a organização desses dispositivos que subvertem a lógica manicomial de tratamento em local fechado, priorizando um atendimento em meio aberto. Além disso, permitem uma nova forma de pensar cada caso por meio da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, a fim de envolver de forma efetiva uma atenção biopsicossocial. A figura do médico, em especial o psiquiatra, nesta construção deixou de ser a principal, criando relações horizontais entre os profissionais da equipe, bem como, da equipe com os usuários do serviço. As atividades e ações nesta estrutura passaram a ver o usuário por uma lente mais ampliada de cuidado e atenção.

3.4.3 Saúde Mental e Saúde Mental Infantojuvenil

Neste espaço será feita uma discussão sobre a saúde mental enquanto um processo social complexo, que vem se transformando ao longo dos anos. Conforme Amarante (2007), pensar a saúde mental como processo é reconhecer que ela está em constante movimento, incluindo ou excluindo novos elementos, situações e atores sociais, como concepções teóricas, visões de mundo, interesses, entre outros. As dimensões envolvidas neste caminhar: sociocultural, teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial, ora se alinham, ora são conflitantes. No que se refere à dimensão teórico-conceitual, por exemplo, observa-se que anteriormente a psiquiatria se ocupava da doença mental como um objeto natural externo ao

homem, o que permitia uma segregação do sujeito de seu tratamento e trazia o foco para a cura da doença. Por meio de atitudes de produção de conhecimento, autores da Reforma Psiquiátrica, como Basaglia contribuíram para repensar o conceito de doença mental, ao colocá-la entre parênteses, sem desconsiderá-la, mas ocupando-se primordialmente do sujeito em sua experiência de sofrimento.

No decorrer da construção da saúde mental termos como “doença mental” foram repensados e surgiram novas propostas como, “transtorno mental”, conforme a legislação brasileira propõe “portadores de doença mental” ou “desordem mental” (em inglês). Entretanto, os dois primeiros remetem a doença mental como uma entidade de posse a ser carregada pelo sujeito, já desordem mental implica a existência de uma ordem mental, a qual poderia ser questionada. Outra referência possível seria “sujeito em sofrimento psíquico ou mental”, o que seria mais adequado, uma vez que se volta para o indivíduo em sua existência subjetiva de sofrimento e vai de encontro com a ênfase na individualidade do sujeito.

Consoante o dicionário Houaiss (2002), saúde mental seria definido pelo olhar da psiquiatria como um estado de desenvolvimento equilibrado da personalidade de um indivíduo, boa tolerância aos desafios da existência individual e social e boa adaptação ao meio social. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) define a saúde mental como um estado de bem-estar no qual um indivíduo identifica suas próprias habilidades, consegue lidar com o estresse cotidiano e pode trabalhar produtivamente sendo capaz de contribuir para a comunidade. Entretanto, essas caracterizações se voltam para uma obrigação de adaptação do sujeito em sofrimento mental ao meio, o que de forma indireta possibilita um apagamento da sua subjetividade, concebendo uma clínica ortopédica.

As novas configurações em torno da saúde mental, vem permitindo espaço para o desenvolvimento de novas formas de cuidado, de interação profissional e geração de novos modelos de atenção e funcionamento institucional (Onocko Campos, 2003; Campos, 2000;

Furtado, 2001). Com essas novas relações, a busca seria por uma reabilitação psicossocial do sujeito que aumente a permeabilidade da comunidade ao convívio com o sujeito, considerando as dimensões políticas e sociais em torno dele; bem como uma confluência de vários saberes, propiciando uma certa relativização de poderes entre as categorias profissionais. (Furtado e Onocko Campos, 2005).

Na concepção de Furtado e Campos (2005), a saúde mental se referiria às ações políticas e eticamente orientadas, aludindo a uma singularidade não individual como em uma visão clínica, mas a uma à singularidade de um certo grupo. Ou seja, às especificidades de um grupo social conduzido por um traço comum, como no caso da “loucura” e a exclusão social. Conforme Campos (1995) seria possível uma convergência entre saúde mental e clínica, que poderia ser chamada de clínica ampliada, a qual traz consigo um olhar sobre a existência concreta dos sujeitos e o envolvimento social que fundamenta essa existência. Neste sentido, a ênfase do processo de cura da pessoa seria retirada para colocar em primeiro lugar o sujeito e todos os seus aspectos subjetivos e sociais envolvidos (Silva e Bonatti, 2019). Ao se unir clínica e saúde mental, seria possível atuar simultaneamente sobre a exclusão que resulta de processos subjetivos E, também, sobre procedimentos excludentes que passam pela família, escola e outras instituições que perpassam o paciente, expressando uma intolerância social (Carvalho, 1999).

Quando discutimos a Saúde Mental Infantil, vemos que, segundo Couto et al. (2008), no Brasil e no mundo há uma defasagem histórica de Políticas Públicas em Saúde Mental direcionadas ao segmento de crianças e adolescentes, até mesmo nos países ricos, porém nos países em desenvolvimento esse déficit é maior. Geralmente as Políticas em Saúde Mental Infantojuvenil internacionalmente se baseiam em programas direcionados a população adulta e nos problemas envolvidos nesta população, os quais não contemplam as especificidades necessárias das crianças. Dentre elas: a análise dos fatores de risco e dos fatores de proteção

envolvidos nas queixas dessa população, nem mesmo estratégias de intervenções ou organização coerente dos serviços para suprir as necessidades das mesmas.

Ao caminhar o percurso da construção da saúde mental infantil no Brasil vemos também um debate tardio sobre essa temática. Como refere Couto, Duarte e Delgado (2008), as ações dirigidas à saúde mental da infância e adolescência, historicamente, estiveram implicadas aos setores da educação e assistência social, resumindo uma ausência de proposições para a saúde mental. Como já abordado no eixo 1, as práticas voltadas para infância e à adolescência se basearam por longos anos no ideário de proteção calcado no modelo de institucionalização do cuidado, seguindo uma lógica asilar. Essas ações se pautaram essencialmente em ações assistenciais e caritativas por meio do empenho de instituições filantrópicas e não governamentais, demonstrando uma desassistência do Estado para essa população. A partir do século XX no período republicano as crianças, antes esquecidas enquanto sujeitos de atenção à saúde ganham destaque ao representar um futuro diferenciado para a nação. Com o advento do higienismo que propunha práticas normativas-jurídicas passou a ser ofertado um cuidado tutelado à criança que geralmente tinha seu lugar ainda em instituições fechadas. O foco daquele momento se torna a criança pobre (deficiência social), a criança com doença mental (deficiência mental) e as crianças delinquentes (deficiência moral), as quais ao estar inseridas em ideais preventivos, poderiam apresentar riscos para a população. Este quadro de institucionalização que visava prevenir riscos teve como consequência a criminalização e uma maior desassistência da infância. Em específico, no que tange à saúde mental, diversas crianças portadoras de transtornos mentais sob a rubrica de serem deficientes foram excluídas ou acometidas por ações nefastas e violentas em instituições totais. (Brasil, 2005).

Somente por meio dos movimentos de redemocratização do país, conjuntamente com os movimentos da reforma sanitária e psiquiátrica, as crianças passaram a ser vistas como

sujeitos psíquicos e de direitos através da lei 8069 de 1990 que estabeleceu o ECA. As novas diretrizes e o novo modelo de assistência trazido pelo SUS permitiram uma reestruturação da saúde mental, visando a substituição do modelo asilar para um modelo de assistência com base comunitária, não institucionalizante. Neste sentido, a Lei 1.0216 trouxe além da mudança do modelo de assistência o debate sobre o tema da saúde mental infantojuvenil. Um dos temas citados na Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), indicou a necessidade de organização das redes de cuidado para evitação da medicalização e institucionalização dessa população. À partir dessas mudanças nacionais, observaram-se dois movimentos no que tange à saúde mental infantil, dentre eles, como citam Couto, Duarte e Delgado (2008), a implantação pelo SUS de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com os antigos seguimentos envolvidos na assistência à infância e adolescência: saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos.

Em 2002 o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 336 versou sobre a criação dos CAPSi (Fernades et al, 2020), trazendo de forma legal uma bússola iniciadora no tocante a uma política de saúde mental infantojuvenil (Santos, 2013). No campo político, em 2004 o Ministério da Saúde instituiu o Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil, o qual foi criado por meio da Portaria GM nº 1.608, no intuito de construir, coletiva e intersetorialmente, as bases, princípios e diretrizes de uma Política Pública de Saúde Mental Infantojuvenil, de forma a concentrar esforços neste campo e otimizar as ações já desenvolvidas no mesmo. Ele consiste em um espaço de debate para o fortalecimento de uma política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, considerando como diretrizes as conexões intersetoriais e as redes de atenção para responder a demanda de vulnerabilidade dessa população e propor ações de inclusão social. É composto por instituições governamentais, entidades filantrópicas e setores da sociedade civil, podendo ser convidados órgãos representativos quando necessário. Propõe

reuniões plenárias, grupos de trabalhos, seminários, encontros temáticos, entre outras formas de discussão, que devem ocorrer de quatro em quatro meses.

Por meio das iniciativas do Fórum foram elaborados princípios universais para o atendimento à saúde mental das crianças e adolescentes, considerando essa população como sujeitos de direitos, com suas responsabilidades e peculiaridades. Dentre as propostas de ações, busca-se um acolhimento universal, impondo que todas as portas de serviços relacionados à saúde mental estejam abertas para esse público, tendo suas demandas recebidas, ouvidas e respondidas. Pretende-se um encaminhamento implicado, ou seja, uma responsabilidade de acompanhamento do caso até o seu destino. Sendo assim, para que haja um funcionamento adequado dos serviços torna-se necessário o princípio de construção permanente da rede, em que os serviços devem estar interligados em suas competências e obrigações de trabalho no território o qual se torna um dos princípios que ultrapassa as barreiras geográficas e regionais, se constituindo em torno das instâncias institucionais e pessoais que permeiam a experiência desses sujeitos, como as escolas, igrejas, ambiente familiar, entre outras. E por fim, o princípio da intersetorialidade de cuidado, o qual deve incluir na rede de cuidado os serviços de origem clínica como os CAPSi, ambulatórios, hospitais e de todas as agências sociais, dentre elas os órgãos da justiça, escola, lazer, entre outras. Tendo como base esses princípios foram construídas as diretrizes que envolvem: reconhecer a criança e adolescente como sujeito de demanda legítima que deve ser acolhida, tornar o cuidado responsabilizado em cada instância desde a porta de entrada até o encaminhamento, considerar essa população em todo o processo de cuidado como sujeito de responsabilidades e direitos, responsabilizar nos cuidados à família ou os órgão institucionais responsáveis por essa clientela, garantir a discussão dos casos por meio dos saberes teóricos e técnicos em torno de uma atenção qualificada, bem como articular e manter aberto os canais

de conexões com entidades do território, permitindo uma rede ampliada de cuidados (Brasil, 2005).

Em 2003 a Portaria N° 1947/GM apresentou o plano estratégico para a expansão de serviços destinados a crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico e caracteriza os CAPSi como um serviço prioritário para o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Dessa forma, dentro da rede de serviços destinados à saúde mental infantojuvenil, os CAPSi surgem como dispositivos estratégicos para o enfrentamento das questões relacionadas à saúde mental da criança e adolescente e como uma resposta do Estado à necessidade de cuidado com essa população que não encontrava seu lugar no campo da Atenção Psicossocial (Couto e Delgado, 2015). Conforme o Ministério da Saúde (2004), o CAPSi pode ser considerado como um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes severamente comprometidos psicologicamente, incluindo diagnósticos como psicoses, neuroses graves, autismo, e os demais que devido sua condição de sofrimento psíquico tenham dificuldade em manter ou estabelecer laços sociais.

De maneira geral, as ações desenvolvidas nos CAPSi são semelhantes as mesmas ofertadas no CAPS, como atendimento grupal, individual ou familiar, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, atividades de inserção social, atividades externas, esportivas e socioculturais. Entretanto, essas devem se adequar à cada faixa etária a ser atendida, considerando a necessidade de conexão com a rede de saúde, educação, assistência social. Dentre as considerações para o atendimento neste dispositivo aborda-se a importância da equipe interdisciplinar para um enfoque ampliado dos atendimentos dessa população e a inclusão da família na formação da equipe e no processo de tratamento. De tal maneira, para um tratamento eficaz recomenda-se o estabelecimento de estratégias e objetivos múltiplos nos CAPSi, preocupando-se com a atenção integral e destacando a importância do convívio da criança e adolescente no ambiente doméstico e familiar, reforçando a desinstitucionalização.

Conforme as normas do Ministério da Saúde (2004), os CAPSi deveriam abarcar os municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período. Segundo dados oficiais, em 2002 já havia 32 CAPSi no nosso país (Brasil, 2006) e ao final do ano de 2010 já havia 128 em funcionamento (Brasil, 2011). Com a implantação da Portaria nº 3.088/2011, que ampliou significativamente a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas que necessitam de tratamento ou atendimento em saúde mental, foi assegurada a função dos CAPSi como um dos principais pontos de atenção para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico e transtornos mentais severos. Também se buscou a alteração do número mínimo de habitantes envolvidos pelos CAPSi, passando de 200.000 mil para 150.000 mil, no intuito de haver maior concentração de usuários em modalidades de atendimento mais intensivas e com ações ampliadas para o trabalho territorial. (Brasil, 2011).

Ao focar na saúde mental infantil, em específico, como sendo o público-alvo da discussão desta dissertação, cabe retomar que o Ministério da Saúde considera a faixa etária da OMS, em que as crianças se enquadram nas idades de 0 a 9 anos. (Brasil, 2014). Considerando o CAPSi como um dos principais pontos de articulação da rede de atenção à infância, cabe revisitar o que tem sido construído nos últimos anos em torno da noção de saúde mental infantil nesses dispositivos. Constatamos que por meio da legislação do ECA as crianças passaram a ser sujeitos subjetivos e de direitos, mas cabe refletir se para além do campo teórico-político, na prática dos dispositivos de saúde mental esses direitos são atendidos.

Iniciamos essa discussão com a inclusão tardia da temática da saúde mental infantil no Brasil. Couto, Duarte e Delgado (2008), identificam quatro fatores que dificultaram o debate em torno dessa população na agenda da saúde mental. O primeiro se relaciona à dificuldade que existe em formular um diagnóstico de qualidade para crianças e adolescentes, visto que,

para haver um procedimento de avaliação adequado, além das crianças; a família, os responsáveis, os professores e os demais atores devem ser considerados como fontes de informações. Como essa coleta é comprometida por barreiras como; acesso ao local, dificuldade de encontrar o familiar, entre outras, o estabelecimento do diagnóstico de transtornos se torna comprometido, como a identificação de transtornos globais do desenvolvimento, transtornos ligados a fenômenos de externalização (transtorno de conduta, hiperatividade), de internalização (depressão, ansiedade) ou outros.

Outro fator relacionado aos transtornos mentais na infância diz respeito ao conhecimento recente sobre a frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências dos transtornos desta fase de vida na vida adulta. Apesar dos avanços metodológicos, ainda há uma carência de estudos rigorosos e pesquisas epidemiológicas consistentes que envolvam a temática. Um outro ponto destacado se refere à existência recente de pesquisas sobre a eficácia e a efetividade de tratamentos para transtornos mentais infantis. Sendo que apenas na última década as intervenções terapêuticas vêm sendo comprovadas em conjunto com as estratégias comunitárias, psicossociais e familiares, principalmente em cenários de situações de riscos. Embora, ainda haja uma precariedade no desenvolvimento de modalidades de intervenções em saúde mental infantojuvenil que possam ser aplicadas em diferentes contextos.

Uma última dificuldade de inclusão da saúde mental infantil no campo da saúde pública, pontuada pelos autores, é a particularidade do sistema de cuidado, o qual envolve a relação de diversos setores da saúde em geral, como a atenção básica, educação, justiça e assistência social. Porém, muitas vezes cada setor age de forma isolada, sem solicitar um trabalho em rede em conjunto com a saúde mental, que permita um atendimento de qualidade aos problemas de saúde mental dessa população.

Na pesquisa de Vechiatto e Alves (2019), a qual teve como objetivo descrever a construção e o funcionamento dos CAPSi foi realizada uma revisão integrativa de 36 textos, compostos por portarias do Ministério Público da Saúde, dissertações, cartilhas, anais de congresso e artigos entre os anos de 2002 a 2013. Por meio da análise dessas publicações foram feitas algumas conclusões, dentre elas o fato de o CAPSi ter sido criado para garantir atendimento a crianças e adolescentes que até então eram institucionalizadas e tinham um atendimento voltado apenas para as suas questões orgânicas. Todavia, mesmo com a criação de um serviço específico para essa população, na prática esse dispositivo caminha em um processo de transição dos modelos médico/individualizantes para o modelo de cuidado integrado, voltado para a questão biopsicossocial.

Conforme Fernandes et al. (2020), os dispositivos relacionados às práticas de cuidados à saúde mental infantojuvenil deveriam se organizar partindo do modelo institucional fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS, sendo operacionalizados, fundamentalmente, por meio da RAPS. Entretanto, ao retomar o histórico da constituição da RAPS, hipotetiza-se que ela foi estruturada levando em conta a filosofia de cuidado em saúde mental para a população adulta, embora considere as demandas de diversos grupos vulneráveis. Ao se projetar, por exemplo, a estrutura do CAPS para a população infantojuvenil podem ocorrer alguns riscos. Dentre eles, ao considerar o transtorno mental severo e persistente como parâmetro sobre os casos que devem ou não ser acompanhados no serviço, pode-se negligenciar ou deixar de acolher outras experiências de sofrimento psíquico que poderiam trazer impacto nesta etapa de vida, ou em contrapartida, fornecer um acolhimento a todo tipo de sofrimento, privando-se do suporte e estrutura necessária para atender a demanda. (Beltrame e Boarini, 2013).

Esses questionamentos são apontados em outras pesquisas. Como pontua Cunha e Boarini (2011), a maioria das produções em torno do trabalho nos CAPSi não envolvem o

atendimento de experiências clínicas ou comunitárias abrangendo chaves diagnósticas tidas como gravemente comprometidas. Sendo que casos como autismo e psicose acabam recebendo certo desamparo e inserção em espaços de atendimento. Bueno (2013) em sua tese reafirma esses dados ao identificar que a população que mais acessa o serviço do CAPSi em São Paulo não é a população prioritariamente descrita na política de saúde mental infantojuvenil, que deveria englobar crianças e adolescentes com prejuízos severos. Essa dificuldade está relacionada também ao despreparo e a pouca capacitação dos profissionais para a atuação com essa população, principalmente com demandas de psicose e autismo (Couto e Delgado, 2015).

Outros estudos, como o de Matsuda e Tano (2015), levantam a tendência da ocupação de outras queixas e problemáticas nos CAPSi, como os problemas escolares e os de aprendizagem. Delfini et al. (2009) também demonstra o crescimento do encaminhamento de queixas escolares para o campo da saúde mental, de forma que a escola tem reconhecido as dificuldades de crianças e adolescentes baseando-se em certo padrão de ideal de capacidade cognitiva e de produtividade escolar, transformando como demanda para resolutividade as inadequações comportamentais dos alunos. Como consequência, Hoffman et al. (2008) argumenta como a alta incidência de crianças e adolescentes com problemas relacionados às dificuldades nos contextos escolares nos CAPSi podem prejudicar o cuidado de casos que envolvem outros tipos de sofrimento psíquico, como os casos severos priorizados pelas normativas.

Beltrame e Boarini (2013) em seu estudo exploratório analisou as demandas escolares de um município do Paraná, de forma a apontar nos resultados encontrados um número expressivo de casos referentes a queixas escolares que, de maneira geral, eram tratados via medicação. Os encaminhamentos para a saúde mental ocorriam, quando dentro do contexto escolar, a gama de possibilidades em lidar com as dificuldades dos alunos se esgotavam.

Além disso, os encaminhamentos, geralmente, eram motivados por problemas relacionados à aprendizagem e aos comportamentos na escola, como agitação, agressividade, oposição ou demais comportamentos considerados inadequados às normas e aos objetivos das instituições escolares. Beltrame (2010) aborda de forma singela o panorama das demandas escolares presentes na saúde mental infantojuvenil, as quais têm sido naturalizadas e pouco problematizadas, de forma a desconsiderar que essas demandas são produzidas nas e pelas relações na escola. Em oposto, os problemas escolares têm sido na maioria das vezes entendidos como transtornos mentais, sendo encaminhados para os dispositivos de saúde mental a fim da obtenção do diagnóstico e da medicação. Esse cenário atual retoma as ações dos higienistas no século XX que buscavam na saúde mental infantil explicações para o insucesso escolar. De tal forma, embora a noção de infância tenha sofrido alterações, o ideal que regia aquelas ações ainda pode estar presente nos CAPSi.

Ainda, o mesmo autor aborda que existem outras formas de encaminhamento que divergem da proposta de construção do CAPSi. Dentre elas, além do encaminhamento pela escola, há o da escola em conjunto com os pais e da escola em parceria com os conselhos tutelares. Esses dados evidenciam o quanto essas instituições apresentam uma percepção deturpada a respeito dos possíveis atendimentos oferecidos pelos centros, os quais muitas vezes são usados como espaços de abrigo para as crianças e adolescentes ou como uma forma de escape dos problemas institucionais. Delfine et al (2009) corrobora com os dados, ao constatar, que geralmente os serviços da atenção primária que deveriam ser a via de encaminhamentos aos CAPSi, cedem o seu papel aos Conselhos Tutelares. Beltrame e Boarini (2013) abordam como os encaminhamentos inadequados realizados pela escola e as outras instituições em conjunto com a aceitação dos familiares refletem uma falta de desconhecimento popular a respeito do dispositivo. De tal forma, a dificuldade de

compreender a função do CAPSi dificulta o controle social da população, como fiscalizar e cobrar as medidas necessárias para que haja um funcionamento adequado do serviço.

Conforme Fernandes et al. (2020), nunca houve um modelo de assistência suficientemente estruturado que sustentasse uma proposta de cuidado em rede para a infância e adolescência. Sendo assim, existem inúmeras fragilidades na rede de cuidados para essa população. Dentre elas, Yasui (2010) traz o congestionamento de recursos relacionados à saúde mental, que destinam e concentram o cuidado em apenas um dispositivo da rede, como por exemplo, o CAPS, no caso da saúde mental infantojuvenil o CAPSi. Segundo alguns estudos, os CAPSi, tem sido nos últimos anos o principal dispositivo de cuidado para responder às demandas do campo da saúde, das advindas da educação e da própria família. (Hoffmann et al., 2008; Delfini et al., 2009; Falavina e Cerqueira, 2008; Fernandes e Matsukura, 2016).

Por ser reconhecido como um dos principais dispositivos de acolhimento das demandas de saúde mental infantojuvenil, algumas pesquisas evidenciam a dificuldade do trabalho em rede com outros dispositivos da saúde e do matriciamento entre as equipes de referência e de apoio do território. O matriciamento ou apoio matricial (AM), é um conceito que foi elaborado por Gastão Wagner em 1999 e que diz respeito a um novo modo de produzir saúde, integrando duas ou mais equipes em um processo de construção compartilhada do cuidado, de maneira a propor uma intervenção pedagógica e terapêutica, garantindo um suporte entre profissionais de diversas áreas em busca de um cuidado integral do sujeito. Nesta direção, tem-se a equipe de apoio matricial que deveria assegurar uma retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às Equipes de Referência (ER) do território, incluídas na atenção básica (Brasil, 2011). Delfini (2010) identifica que o apoio matricial representa uma estratégia para diminuir a defasagem encontrada na saúde mental

infantojuvenil, a fim de haver uma corresponsabilização do cuidado entre as equipes e uma visão mais abrangente com uma melhor e maior resolução das demandas.

Às equipes de atenção básica cabem a oferta de tratamento a problemas menos severos, promoção da saúde e prevenção de problemas e identificação precoce dos problemas de saúde mental infantojuvenil. Um bom funcionamento das equipes de atenção básica poderia minimizar ou até mesmo resolver alguns problemas neste campo de atenção (Ranña, 2010). Como expõe Trega, Martins e Silva (2019), para que haja um matriciamento é necessário o desenvolvimento de estratégias, juntamente com o financiamento, supervisões, capacitações, dentre outros. Entretanto, o que se observa na prática é que as equipes de saúde básica se sentem desamparadas e demonstram insegurança, pois, não tem sido ofertadas capacitações pelos CAPSi para atender as demandas em saúde mental infantil. No estudo qualitativo de Salvador e Pio (2016) em uma equipe de um CAPSi de São Paulo, evidenciou-se como resultados a dificuldade da equipe em ter uma definição clara sobre o apoio matricial, sendo que na prática apresentam dificuldades para implantar esta estratégia dentro das ações de cuidado em saúde mental infantojuvenil. O estudo de Leitão et al (2020) também aponta para a necessidade de maior investimento em apoio matricial nos CAPSi para com as unidades básicas de saúde, a fim de discutir e planejar estratégias de cuidado com o intuito de aumentar a efetividade das ações psicossociais.

Além das fragilidades relacionadas ao matriciamento, alguns trabalhos trazem a dificuldade de desconstruir o modelo de cuidado centrado na figura do médico. Como demonstra Vechiatto e Alves (2019), muitos CAPSi apresentam suas atuações pautadas somente na figura do médico, de forma que o trabalho em equipe não acontece ou acontece de forma precária. Ou seja, na prática cotidiana o princípio de que os atendimentos ocorreriam por meio de equipes multiprofissionais não se dá. Considerando a lógica do atendimento psicossocial na saúde mental, conforme o Ministério da Saúde (2003), as ações das equipes

dos serviços de saúde devem conformar um projeto terapêutico singular (PTS) para cada usuário, correspondendo à realidade de vida de determinada criança/adolescente em seu contexto social e familiar. No entanto, o que se observa no cotidiano dos CAPSi é um acentuado número de prescrições medicamentosas sem registro ou hipótese diagnóstica formulada, de forma que geralmente o PTS não está alinhado à resposta medicamentosa. Nesta direção, a medicação figura uma dentre inúmeras possibilidades de intervenção e tratamento. Implicando o tratamento psicossocial em apenas uma terapêutica e, portanto, em uma especialidade profissional, traduz uma não efetividade do trabalho interdisciplinar nesses dispositivos. (Leitão et al., 2020).

Outros artigos, como os de Santos (2006), Hoffmann, Santos e Mota (2008), Delfine et al (2009) e Ronchi e Avellar (2010) evidenciaram que nos CAPSi tem havido uma prevalência da importância de classificar e enquadrar o sofrimento do paciente em um manual de diretrizes clínicas e de diagnósticos. Esse quadro expõe o quanto o saber médico ainda é a fonte principal dos atendimentos, dominando as formas de atuação dos demais profissionais. Esses resultados demonstram resquícios das ideias médicas, orgânicas e higienistas de outros momentos históricos se perpetuando na atuação dos CAPSi, o qual tem se constituído como um serviço primordialmente ambulatorial. Essa fragilidade se alinha à precarização do trabalho no CAPSi e a má gestão nos diferentes níveis de governo (Carvalho et al., 2014). Como implicações dessas debilidades situadas, tem-se um abalo no modelo de saúde em rede e nos pilares da atenção psicossocial, como a intersetorialidade e a interdisciplinaridade; trazendo à tona o modelo asilar, que se tem tentado superar. O que vem se revelando, de maneira ampla e persistente é a manutenção de uma prática, nesses dispositivos, ainda contingente com uma lógica ambulatorial (Yasui & Costa-Rosa, 2008)

O Ministério da Saúde em 2012 publicou o documento Saúde Mental em Dados 10, no qual foi apresentada a distribuição de CAPSi nos diferentes estados brasileiros, nele foram

apresentados um número reduzido desse dispositivo quando comparado às outras tipologias. Couto, Duarte e Delgado (2008) também apontam dados semelhantes, sugerindo que a expansão da rede CAPSi está aquém da necessária. Demonstram que o percentual de CAPSi em relação à totalidade dos CAPS em funcionamento no país tem se mantido inalterado ao longo dos anos, em média de 7%. Somada ao baixo investimento neste dispositivo que permitiria uma atenção psicossocial às crianças e adolescentes, observa-se, também, um número alarmante de internações psiquiátricas desse público. Em sua dissertação Blikstein (2012) ao analisar os prontuários de hospitais de referência para internação de crianças e adolescentes no Estado de São Paulo, identificou que ainda se observa um importante número de internações e reinternações de crianças e adolescentes decorrentes de processos judiciais e de encaminhamentos de serviços de saúde. Todos esses dados em conjunto com os demais apresentados neste espaço, corroboram para a visualização de que na prática os dispositivos destinados à uma atenção psicossocial infantil tem falhado quanto ao que se propõe na teoria de suas diretrizes e princípios.

4 RESULTADOS

Apresentação dos Resultados relacionados à revisão bibliográfica

Quanto à origem dos materiais selecionados, no que diz respeito ao estado onde o estudo foi publicado (ver Tabela 1), os três artigos encontrados nas bases de dados Scielo e Pepsic envolvem estudos relacionados à região sudeste do país. Dos 42 estudos da base de dados BDTD. Por meio dos resultados no banco de teses e dissertações, levantou-se que 25 são estudos referentes à região sudeste do país. Dentre eles em algumas cidades localizadas no Estado de São Paulo (Campinas, Ribeirão Preto, São Carlos, Assis); no Estado de Minas Gerais (Uberaba, Uberlândia); no Estado do Rio de Janeiro e no Espírito Santo (Vitória). 8 trabalhos são referentes à região nordeste, abrangendo os estados de Pernambuco, Ceará e

Bahia. Dentre as cidades da região nordeste podemos citar Recife, Fortaleza e Salvador. 5 estudos são referentes à região sul, envolvendo os Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Dentre as cidades da região sul temos Florianópolis, Porto Alegre e Vale do Rio dos Sinos. Por fim, 4 trabalhos são relacionados à região centro-oeste, envolvendo Brasília, Distrito Federal e Goiás na cidade de Goiânia.

Tabela 1:

Publicações selecionadas por região

Região do país	Número de publicações na região
Centro Oeste	04
Nordeste	08
Norte	0
Sudeste	28
Sul	05
Total	45

Como mostra a Tabela 2, no que tange à data de publicação, dentre os artigos, o mais recente é o de Moura, Amorim, Reis e Matsuda (2022) que aborda a compreensão das equipes do CAPSi acerca do conceito de crise na atenção psicossocial às crianças e adolescentes. Quanto às produções de teses e dissertações, o trabalho mais recente refere-se à tese de Campos (2022) intitulada “Psicose e autismo na infância: uma abordagem psicanalítica do diagnóstico diferencial a partir do corpo e da linguagem”. A tese apresenta o panorama de um CAPSi do Ceará, cita alguns casos de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) discutidos por meio do viés da psicanálise. Como o caso de Dom, menino de 8 anos atendido no início de 2017 e que passou por atendimentos individuais e grupais.

Na sequência de publicações atuais, podemos citar a dissertação de Jozefczyk (2021) intitulada “As relações de cuidado “dia e noite” em um CAPS infantojuvenil III na perspectiva de profissionais e do usuário”. Um dos objetivos desta dissertação foi analisar durante a pandemia as relações de cuidado de dia e de noite (acolhida noturna) oferecidas às

crianças e jovens em um dos sete Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil III (CAPS IJ III) do município de São Paulo, capital. Temos também o trabalho de Nalini (2020) com o título “Ingredientes ativos nos atendimentos dos centros de atenção psicossociais (CAPS) na perspectiva de cuidadores de crianças atendidas: uma teoria fundamentada em dados”, o qual apresenta o resultado de entrevistas com cuidadores, pais, mães e responsáveis pelas crianças dos CAPSis dos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Catalão e Ipameri, todos do estado de Goiás, nos anos de 2017 e 2019. Outro estudo atual é o de Manara (2020), “O processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): percepções de profissionais de CAPSi.”. A pesquisa buscou investigar o processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH, na percepção de profissionais de saúde mental. Para isso participaram do estudo oito profissionais de dois Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da Região Metropolitana de Porto Alegre, dentre eles cinco psicólogos.

Outros dois estudos também de 2020 são apresentados aqui. O de Lourenço (2020) intitulado “Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis e o cuidado a crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista e suas famílias”, teve como objetivo compreender as potencialidades e limites do cuidado a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nos CAPSij. Para tanto, seguiu duas etapas. Na primeira, houve participação de gestores dos quatro CAPSij da cidade de Campinas, estado de São Paulo, os quais foram entrevistados, tendo como intuito identificar suas experiências quanto aos atendimentos às crianças e adolescentes com TEA. Na segunda etapa foi realizado o processo de etnografia em que colaboraram técnicos, familiares, crianças e adolescentes com TEA e demais atores vinculados a um CAPSij do mesmo município. O segundo é a dissertação de Silva (2020), com o título “Caps ij e escolas: a necessidade de encontros nas diferenças”. O material investigou os elementos presentes no trabalho em um Centro de

Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsij) em um município de São Paulo. A construção do campo de problematização se dá na percepção da distância entre os pedidos que as escolas endereçaram ao CAPSi onde a pesquisadora trabalhava e como o CAPSi se dirigia às escolas. Ao longo do trabalho a autora expõe suas narrativas em alguns grupos que conduziu compondo a intersectorialidade com escolas e equipes de saúde.

Tabela 2:

Teses, dissertações e artigos selecionados para análise

Autor(es)	Ano de publicação	Tipo de publicação	Títulos
1-Moura; Amorim; Reis e Matsukura	2022	Artigo	Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis.
2-Campos	2022	Tese	Psicose e autismo na infância: uma abordagem psicanalítica do diagnóstico diferencial a partir do corpo e da linguagem.
3-Jozefczyk	2021	Dissertação	As relações de cuidado “dia e noite” em um CAPS infantojuvenil III na perspectiva de profissionais e do usuário.
4-Colomé; Maliska e Zappe	2021	Artigo	Condução de um caso de violência contra a criança: relato de experiência.
5-Nalini	2020	Dissertação	Ingredientes ativos nos atendimentos dos centros de atenção psicossociais (CAPS) na perspectiva de cuidadores de crianças atendidas: uma teoria fundamentada em dados
6-Manara	2020	Dissertação	O processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH : percepções de profissionais de um CAPSi.
7-Lourenço	2020	Dissertação	Os centros de atenção psicossocial

			infantojuvenis e o cuidado a crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista e suas famílias.
8-Silva	2020	Dissertação	Caps IJ e escolas: a necessidade de encontros nas diferenças
9-Gonçalves	2018	Dissertação	A participação de crianças e familiares no cuidado em saúde mental : um grupo GAM no CAPSi de Vitória-ES.
10-Autuori	2018	Tese	Encontros e Desencontros no Processo de Encaminhamento Psicológico Infantil.
11-Kappel	2018	Tese	O olhar dos familiares/cuidadores sobre a comunicação estabelecida com profissionais de saúde na saúde mental.
12-David	2018	Dissertação	Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil.
13-Oliveira	2018	Dissertação	Experimentações no apoio matricial em saúde mental para crianças e adolescentes na atenção básica: a busca pela aprendizagem coletiva.
14-Andrade	2018	Dissertação	Crianças e o CAPSi: do imperativo ao hiperativo. Qual o tratamento.
15-Ribeiro	2018	Tese	Algumas reflexões sobre as vozes do sofrimento psíquico na infância e na família contemporânea.
16-Blom	2018	Dissertação	Oficina do brincar: um dispositivo clínico lógico-lexical para crianças “que ainda não brincam”.
17-Mota	2018	Tese	As formas da alma: psicanálise, estética e criação.
18- Freire	2017	Dissertação	Educação e Saúde Mental: Uma análise sobre queixas escolares em um CAPSi de Salvador-BA. Educação e Saúde Mental: Uma análise sobre queixas escolares em um CAPSi de Salvador- BA.
19-Perez	2017	Dissertação	O diagnóstico de transtorno de conduta:

			incidências no campo da saúde mental da infância e adolescência.
20-Santos	2017	Dissertação	Uma abertura da máquina do mundo: cogestão e conversa como exercícios de cultivo de margens por entre as rachaduras dos muros.
21-Melo	2017	Dissertação	O cuidado à saúde mental da criança em uma Estratégia Uma abertura da máquina do mundo :cogestão e conversa como exercícios de cultivo de margens por entre as rachaduras dos muros e Saúde da Família.
22-Martins	2017	Dissertação	A trama paradoxal no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes usuários de drogas.
23-Goés	2016	Dissertação	A clínica psicanalítica com crianças em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil.
24-Ferreira	2016	Dissertação	Memórias de uma viagem cartográfica: a Gestão Autônoma da Medicação e o exercício do cuidado no Capsi de Vitória.
25-Félix	2016	Tese	(In)visibilidades no campo da saúde mental infantojuvenil: tessituras e desenlaces na construção da atenção psicossocial e do cuidado em rede.
26-Rocha	2016	Dissertação	Desenvolvimento social na infância no contexto de um CAPSi do interior de Pernambuco.
27-Zanini	2015	Tese	Entre potências e resistências: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da atenção psicossocial.
28-Botelho	2014	Dissertação	Narrando experiências, montando ca(u)sos : análises das práticas de cuidado na saúde mental infantojuvenil.
29-Andrade	2014	Dissertação	

			Crianças e o CAPSi : do imperativo ao hiperativo. qual o tratamento.
30-Caliman	2014	Dissertação	As práticas farmacológicas com o metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso.
31-Cardozo	2014	Dissertação	Do infantil ao mal-estar: uma questão para a psicanálise.
32-Sinibaldi	2013	Dissertação	Mapeamento da demanda de saúde mental infantil em um município de pequeno porte.
33-Silva	2013	Dissertação	O diagnóstico de autismo e orientação dos pais e da família
34-Ronchi	2012	Dissertação	Ambiência e saúde mental: um estudo no CAPSi de Vitória-ES.
35-Dias	2012	Dissertação	A percepção dos trabalhadores da Rede de Atenção à Infância sobre a loucura em crianças: possíveis impasses para o objetivo de (re)inserção social proposto pelo atual modelo brasileiro de reforma psiquiátrica.
36-Gomes e Sthéfani.	2011	Dissertação	É assim que deve ser: o governo das famílias e os serviços de assistência em saúde mental infantil.
37-Maciel	2011	Dissertação	Vinde a mim as criancinhas: histórias, memórias e leituras de um tempo presente da saúde mental infantojuvenil.
38-Cervo	2010	Dissertação	Entre doces e travessuras: a produção da infância no CAPSi.
39-Lacerda	2009	Dissertação	Relação entre o encaminhamento psicológico de crianças e diagnóstico psiquiátrico dos pais
40-Machado	2008	Dissertação	Utilização da consulta terapêutica como técnica de intervenção em um ambulatório de saúde mental

41-Moretto; Conejo e Terzis	2008	Artigo	O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil.
42-Moretto	2008	Dissertação	Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental: um estudo psicanalítico.
43-Manfroi	2007	Dissertação	Cartografia da reinvenção de uma rede de acolhimento, cuidado e integralidade em saúde.
44-Marchi	2005	Dissertação	A busca da integralidade nas ações dos profissionais de saúde mental: um desafio cotidiano.
45-Pinto	2005	Dissertação	CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico.

Fonte: Elaboração das autoras.

Para melhor compreensão dos resultados eles foram divididos em temas e subitens, apresentados a seguir:

4 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE MENTAL INFANTIL

Neste espaço será realizada uma exposição acerca a atuação do psicólogo no dispositivo de saúde mental infantil CAPSi, por meio das pesquisas levantadas. Para isso, em um primeiro momento será realizada uma descrição quanto as demandas e caracterização da população atendida no CAPSi, apresentando as dificuldades dos psicólogos em reconhecer quais as demandas a serem atendidas, bem como, as demandas mais frequentes, como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Conduta, ansiedade e atendimento a situações de crise. Em um segundo momento, são apresentadas as formas de atuação do psicólogo no CAPSi, dentre elas:

atendimentos grupais, oficinas terapêuticas, acolhida noturna, desconstrução de preconceitos, orientação aos pais, trabalho com a equipe, matriciamento e intersetorialidade com a atenção básica, instersetorialidade com a escola, grupos GAM, atuação na ambiência e ambientoterapia e a atuação nos ambulatórios de saúde mental infantil. Por último, são expostos os relatos de experiências psís, no intuito de demonstrar as suas subjetividades diante do trabalho com o público infantil. Também são apresentados os relatos dos pais e cuidadores acerca do trabalho do psicólogo e os relatos das equipes dos CAPSi.

4.1 DEMANDAS E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA NO CAPSi

4.1.1 Dificuldade em Reconhecer Quais es Demandas e Serem Atendidas no CAPSi

Alguns trabalhos identificados abordam a dificuldade em compreender qual a demanda a ser atendida pelo CAPSi, como o trabalho de Manfroi (2007) que explana sobre o trabalho no CAPSi de Caxias do Sul. A dissertação apresenta 3 casos encaminhados ao dispositivo (de forma equivocada) que foram atendidos e escolhidos pelos psicólogos para serem relatados na dissertação. O primeiro caso apresentado é de um menino de 4 anos encaminhado para o CAPSi pela Unidade Básica de Saúde (UBS) devido queixa de ansiedade. No entanto, o menino sofrera abuso sexual, mas o profissional da UBS não acionou o Conselho Tutelar, nem colocou na lista do ambulatório especializado em cuidados às vítimas de violência. O segundo caso é o de uma criança que foi encaminhada também da UBS para o CAPSi devido queixa de dor abdominal para avaliação psicológica. No entanto, devido ao quadro de dor aguda, a mãe levou a filha para atendimento emergencial em um hospital, descobrindo um caso de apendicite aguda. Quando foi chamada por chegar sua vez na lista de espera, a mãe relatou que sua filha não tinha mais nenhum problema e a dor havia sido tratada. Já o terceiro caso refere-se, também, a um encaminhamento de uma criança da UBS para o CAPSi devido ao diabetes. Após analisar o caso, a psicóloga identificou que a

criança manipulava de alguma forma a família com a doença e a mesma precisava apenas de orientações, que poderiam ter sido feitas pela equipe da UBS.

Todos os casos mostraram a dificuldade de reconhecimento das demandas do CAPSi. Devido a esses problemas o CAPSi implantou no local em 2007 um grupo com os profissionais para discussões relacionadas aos encaminhamentos. Eles criaram um boletim que pretendia construir uma nova dinâmica de referência. Quando uma criança é encaminhada para avaliação psicológica ou psiquiátrica o técnico da UBS liga para o CAPSi e após preencher todo o documento do boletim, ele é preenchido novamente pelo profissional do CAIS, sendo que todas as informações são anexadas no prontuário.

A tese de doutorado de Maciel (2011) também expõe a dificuldade quanto aos encaminhamentos realizados para o CAPSi da zona oeste do Rio de Janeiro, sendo que foi necessário a criação de um grupo para o encaminhamento de demandas. O trabalho apresenta uma entrevista com uma das psicólogas que relata sobre o seu trabalho, dizendo que o CAPSi é porta aberta todos os dias e por isso chega de tudo, desde o menino que tem dificuldade de aprendizagem até o caso mais grave. Fala sobre chegar até mesmo casos de síndromes diversas. Fala de uma alternativa adotada pela equipe, além dos grupos de encaminhamento de demandas, que é a participação de toda a rede de saúde no Fórum Interinstitucional para o atendimento à saúde mental de crianças e adolescentes, que engloba trabalhadores de diversos setores para discutir a demanda da saúde mental infantojuvenil.

Apesar das dificuldades encontradas no CAPSi mencionado, Maciel (2011) aponta para as transformações das demandas ocorridas ao longo dos anos. Em seu trabalho ele expõe uma entrevista com uma psicóloga da década de 1970 que fala das transformações vistas no final dos anos 1980 e início dos 1990 em que se passa a ver a família, a escola e a sociedade, convocando a pensar a clínica por outras bases, que não só a aplicação de testes projetivos. A psicóloga fala de como a Luta Antimanicomial contribuiu para transformar a

Clínica infantojuvenil do Rio em um Centro de Atenção e Reabilitação da Mocidade (CARIM). Ela conta de um dos primeiros projetos criados no local, o Projeto Brincar, que passou a conectar problemas sociais dos meninos de rua, ações culturais e voltadas para a saúde mental infantojuvenil.

Ao contrário dos dois trabalhos anteriores, o trabalho de Félix (2016) apresenta o fato de que a equipe do NASF da região do município de Recife reconhece o que é demanda do CAPSi, mas encontram dificuldades para a condução de certos casos. Identificam quais casos são demandas ambulatoriais e que não deveriam sobrecarregar os CAPSi. A seguinte entrevista de um dos psicólogos do NASF, exemplifica e descreve os percalços para que a criança receba atenção à saúde mental diante de demandas que não se adequam ao “perfil” do CAPSi

O CAPS infantil é para uma demanda de crise, então assim, a gente, também, não pode tá... E a gente tá sempre junto com eles, que a gente não vai cobrir essa necessidade de uma psicoterapia com a criança, de um trabalho mais ameno com a criança, é crise, é transtorno, né? E aí a gente não tem como tá encaminhando pra lá caso que não é, que uma psicoterapia podia ajudar mais, né? Aí não tem. É muito difícil essa questão pra uma criança. Aí o neuro viu, disse que não tem nada [...] E não encaminhou pra outro lugar, não fez nada, então fica a criança pendurada (Félix, 2016, p.118).

4.1.2 Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Dos trabalhos encontrados, duas dissertações abordam a grande demanda de casos com o diagnóstico de TDAH nos CAPSi. Na pesquisa de Andrade (2014) realizada em um CAPSi de Recife, nela foram analisados os casos de crianças com hiperatividade, transtorno de conduta hipercinético e outros transtornos hipercinéticos. A partir do levantamento de prontuários e entrevista com alguns profissionais de um CAPSi de Recife em 2012, o estudo

buscou compreender as concepções que os profissionais têm sobre a hiperatividade nas crianças. A análise dos dados foi feita por meio do viés da psicanálise.

Por meio da análise dos prontuários levantados observou-se uma dificuldade por parte da equipe em relação ao tratamento de crianças com os transtornos mencionados. As entrevistas com os profissionais corroboram com a dificuldade em colocar limites nas crianças. Andrade (2014) apresenta algumas falas das terapeutas entrevistadas em relação ao contato com a demanda atendida de as crianças são agitadas, apresentam comportamentos de se jogar no chão, de se jogar nos braços das terapeutas. O autor identifica que ao lado das intervenções disciplinares, expressas no dar limites às crianças, os profissionais tentam dar conta dos limites constitutivos em suas intervenções. Além disso, ele conclui que os próprios dispositivos do CAPSi podem estar hiperativos, mencionando a desorganização do serviço nesses locais. Pontua que o imperativo do CAPSi não pode seguir a lógica do mercado, do consumo, mas um atendimento que preza pelo desejo do sujeito, da humanização e da renúncia ao gozo imperativo, através da criação de limites tanto para as crianças como quanto ao número de casos que chegam ao serviço.

O segundo estudo, de Manara (2020), apresenta como objetivo investigar o processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH. Para tanto, realizou-se entrevistas com oito profissionais de dois CAPSi da Região Metropolitana de Porto Alegre. Dentre eles 3 psicólogos do CAPSi A e 2 psicólogos do CAPSi B. Entre as semelhanças nos dois dispositivos, em ambos há o acolhimento inicial do caso, posteriormente o caso é discutido em equipe para definir o plano terapêutico. Em relação às diferenças, no CAPSi A o profissional que realizou o acolhimento é quem realiza a comunicação do caso, no CAPSi B outro profissional é designado para falar do plano terapêutico.

Sobre os casos com TDAH, no CAPSi A há um grupo de TDAH conduzido por um psicólogo junto com os pais e responsáveis em formato de roda de conversa. Nos casos em que há comorbidades são realizados atendimentos individuais. No CAPSi B não há grupos para crianças com TDAH, uma vez que esses casos são atendidos eles ingressam no grupo de crianças com comportamentos de agressividade e oposição, se o caso for muito urgente pensa-se em um atendimento psicológico. Conforme o relato de uma das psicólogas do CAPSi B, “a psicoterapia surge como proposta de tratamento, supondo-se que poderia gerar transformações (salvar) para além dos níveis sintomáticos, obtidos através da medicação.” (Manara, 2020, p. 37). Apesar do potencial suposto de transformação da psicoterapia, muitas vezes ela não acaba sendo incluída no processo do plano terapêutico devido ao tempo de espera associado, sendo que há uma lista de espera grande. Manara (2020) conclui que há uma dificuldade de tomada de decisão na terapêutica dos psicólogos devido à complexidade do diagnóstico de TDAH, que conforme a percepção deles seria facilitada se houvesse um psicodiagnóstico no local. Além disso, a pesquisa identificou que a participação de crianças e familiares nas decisões sobre o tratamento geralmente é restrita, envolvendo apenas o fornecimento de feedbacks a respeito das intervenções e propostas terapêuticas.

Portanto, em ambos os estudos se identificam dificuldades dos psicólogos para a condução da demanda de crianças com TDAH, tanto pelo fato de haver um grande número de crianças com esse diagnóstico para o atendimento, como também devido ao despreparo para lidar com a complexidade desses casos.

4.1.3 Transtorno Do Espectro Autista (TEA)

Quatro pesquisas apontam para a demanda do autismo. A dissertação de Pinto (2005) apresenta estudos de caso do CAPSi Eliza Santa Roza no Rio de Janeiro, visando suscitar questões tendo como direção a psicanálise. Dentre os casos, aborda o caso de uma criança autista de 5 anos, Eduardo, atendida pela psicóloga do serviço. Ele vivia uma situação de

miséria em que a mãe relatava não ter como comer, nem vestir a criança. O pai tinha problema na coluna e não conseguiu a aposentadoria. A psicóloga oferece diversas alternativas referentes a ajudas sociais, mas a mãe queria o benefício. A mãe abordava o direito ao benefício como uma opção para a criança deixar de ser “louca” e passar a ser “normal”. A psicóloga realiza diversos atendimentos de forma a desconstruir a imagem de criança louca e resgatar o sujeito de desejo em Eduardo.

Já a dissertação de Botelho (2014), apresenta algumas análises das práticas de cuidado junto a crianças e adolescentes em um CAPSi de Vitória. Dentre elas, apresenta o debate de alguns profissionais sobre a demanda do autismo. Explana um relato de uma profissional que trabalha em conjunto com a psicóloga em grupo de orientação: “vou começar... olha, vou falar de um caso que é um trauma pra mim... é de um menino autista, talvez seja por isso. Precisamos falar mais de autismo” (Botelho, 2014, p. 73). Outra profissional se pronuncia ao abordar o caso do menino mencionado: “O Autismo é um tabu... talvez não seja esse caso que ela quer... eu já falei que a gente tem que estudar mais sobre o autismo... tem que ler aquela brochura...esse caso não teve avanço nenhum (...)” (p. 73).

O menino era atendido e acompanhado há seis anos pelo CAPSi, tempo de existência do serviço. Era órfão e perambulava na família esperando que alguém assumisse o papel de cuidá-lo, até que o irmão “tomou a guarda” dele, porém, esse irmão não contribuía com o tratamento e chegavam algumas denúncias de maus tratos e de negligência. O menino chegava ao CAPSi com marcas no rosto que parecia de grade. Um documento do Juizado de Infância é enviado ao CAPSi, ele pretendia adotar a medida de internar o menino em um abrigo específico para deficientes que pertence ao Sistema Socioeducativo, a Unidade de Atendimento ao Deficiente (UNAED). O CAPSi respondeu ao ofício da Justiça dizendo que o menino já estava sendo acompanhado e que não seria interessante a sua institucionalização em um abrigo.

O “lugar dele é no CAPSi, não é só um projeto terapêutico, é um projeto de vida. Ir para a UNAED é acabar com a vida” (p. 74), segundo a fala do profissional que começou a contar sobre o menino. Botelho (2014) pontua que essa resposta foi uma importante intervenção da equipe neste caso, sendo um ato de cuidado. Retirá-lo da institucionalização e dos efeitos de um abrigo, era uma forma de garantir um lugar para ele, que seria o CAPSi. A defesa de um lugar, nesse caso, seria uma estratégia clínica. Com o caso discutido pelos profissionais também foi possível remeter às políticas em âmbito nacional direcionadas por cartilhas e editais. Uma “política de espacialismos” para tratamento de autistas, que demarca um lugar específico e exclusivo para o cuidado e para as práticas profissionais com esse público.

A pesquisa de Lourenço (2020) buscou compreender as potencialidades e limites do cuidado a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nos CAPSi em quatro regiões da cidade de Campinas, estado de São Paulo. Lourenço (2020) apresenta as falas de algumas psicólogas em relação ao trabalho com crianças autistas:

Eu enquanto psicóloga eu acho que estou contribuindo nisso de estimular tanto a fala quanto a compreensão, a questão da afetividade, do holding, do objeto transicional para que eles consigam estar mais tempo em interação com os outros. (Lourenço, 2020, p. 118)

Eu sou só uma psicóloga, não vou conseguir salvar a criança nenhuma de um diagnóstico desse e a questão do diagnóstico não tinha que vir pra penalizar, tinha que vir pra direcionar o tratamento (Lourenço, 2020, p.135).

Por último, a tese de Campos (2022) apresenta alguns casos de autismo atendidos pelas psicólogas de um CAPSi do estado do Ceará. O primeiro, o caso de Dom, teve o tratamento iniciado no final de 2017, quando tinha oito anos. No começo do acompanhamento ele ficou com um grupo de crianças, porque não havia vaga para atendimento individual.

Depois de um tempo, ele ficou nas duas modalidades com a analista (individual e grupo). Quando entrou no grupo, Dom se mantinha afastado das outras crianças. C costumava brincar sozinho, sendo que o seu brincar era de manipular objetos. Não realizava a atividade proposta para o grupo, que, eram escolhidas pelas crianças, permanecendo de costas para elas. Dom, também, fazia perguntas descontextualizadas, como “é um furacão?” (sic). Ele foi levado por sua mãe, a qual apresentou a queixa principal de comportamento agitado, dificuldade de aprendizagem e fixação por determinados temas, incêndios e bombeiros. Segundo a observação da psicóloga, Dom apresentou grande progresso no grupo. Ele não interagiu muito com as outras crianças, mas com a analista desenvolveu uma relação afetiva marcada por conversas, abraços e oferta de ajuda para carregar algo que precisasse. As suas histórias também foram se modificando. No início, eram cenas trágicas e catástrofes provocadas por ele ou que ele presenciava, com o avanço do tratamento, ele começou a falar da vida familiar, da escola, das suas dificuldades com a fala.

O segundo caso, o de Jhonny, retrata uma criança que apareceu ao serviço com queixas por ser agressivo consigo mesmo e com a família. No começo do atendimento com a psicóloga ele batia a cabeça na parede e falava “pede desculpa” (sic), e, depois: “você tá me batendo” (sic), referindo-se a si mesmo. Além disso, apresentava seletividade alimentar e agitação psicomotora. Ele geralmente não brincava com os brinquedos e evitava as crianças. Devido a questão da agressividade o atendimento individual se tornou viável. Entretanto, devido a pandemia os atendimentos precisaram acontecer na modalidade online, e para a surpresa da psicóloga ele fixava na tela. O acompanhamento possibilitou a John uma regulação das suas funções corporais, observando-se uma diminuição da sua agitação psicomotora e melhora das queixas relacionadas a alimentação e comportamentos agressivos.

No geral, observa-se por meio dos trabalhos que a demanda do autismo gera no psicólogo tabus a serem desconstruídos em suas práticas. Identifica-se um trabalho de estimulação precoce para o desenvolvimento global das crianças com esse diagnóstico.

4.1.4 Transtorno de Conduta (TC)

Uma das dissertações aborda a demanda de casos de transtorno de conduta. Perez (2017) apresenta seu estudo realizado em um Capsi de São Paulo em que foram analisados no ano de 2016 os prontuários relacionados a casos de Transtorno de Conduta. Os casos dos prontuários analisados eram de crianças de 6 a 11 anos. A dissertação teve como objetivo a problematização do diagnóstico de transtorno de conduta dirigido a crianças e adolescentes, de forma a contextualizar historicamente a emergência dessa classificação na psiquiatria e caracterizar e analisar algumas de suas incidências no campo da saúde mental da infância e adolescência. Conforme as análises dos prontuários, há comentários dos psicólogos e alguns profissionais relacionados a compreensão de causa/efeito entre ambiente, história do sujeito e seu transtorno. Por outro lado, há também falas relacionadas a confusão ambiente/história com o transtorno mental.

Observa-se que há tentativas dos profissionais e dos psicólogos em identificar o que seria um “transtorno verdadeiro” ou “puro” enquanto doença individual e não influenciado pelo meio social ou por outros transtornos. Uma das psicólogas diz ter a sensação de que são questões mais sociais, familiares e de vulnerabilidade do que da própria conduta da criança. Outro psicólogo aponta a seguinte fala:

[...] tem um TC que a sociedade impõe e um TC que é verdadeiro. O falso é aquela com apenas influência ambiental. Aquela que eu acho que tem um contexto errado, eu posso tá errado...é aquela criança que tem uma escola que não é legal, que não dá assistência para ele, que começa a responder de forma errada, aquele, aquela escola (Perez, 2017, p. 84).

O mesmo profissional exemplifica um caso de uma menina que considera transtorno de conduta:

[...] não eram rompantes por conta do ambiente era algo que era mais natural dela né, não seguir regras, natural dela querer que o outro sofra, natural dela.(..) eu acho que é mais nesta construção do sujeito, nesse ser que já tem uma predisposição, que independente de acontecer algo ambiental ou não, ela vai desenvolver (p. 84).

O zoom dos relatos tanto do psicólogo como dos outros profissionais mira para uma prática que tende a categorização da demanda do TC. Perez (2017) concluiu que a classificação “transtorno de conduta” sustenta ações de normalização e controle, uma vez que valida a correção de rebeldias e indocilidades, estas, muitas vezes, descontextualizadas e circunscritas como condutas desviantes. Sustenta a importância de haver na saúde mental infantojuvenil práticas profissionais que validem a diferença, a singularidade e a imprevisibilidade da infância.

4.1.5 Ansiedade

Um dos trabalhos, o de Goés (2016) aborda a demanda de atendimento de casos de ansiedade em um CAPSi de Salvador. Na dissertação, Goés (2016) apresenta um estudo de caso de um dos casos de ansiedade. O caso é o de Athos, um menino de nove anos de idade, que desde os seis anos fazia acompanhamento psiquiátrico em um ambulatório de psiquiatria da cidade, sendo encaminhado pela sua médica para o CAPS i de Salvador a fim de ter outras modalidades de tratamento além do medicamentoso. A equipe acolheu Athos a partir da prescrição médica de um trabalho multidisciplinar, e com isso fez a oferta de um pacote terapêutico que envolveu a indicação de um trabalho psicopedagógico, um trabalho de musicoterapia em grupo e o atendimento psicoterápico. Atendimento realizado baseando-se na psicanálise.

Os técnicos relataram, no registro do acolhimento de Athos em prontuário, que “o mesmo [sic] chegou dizendo que estava muito nervoso e com vontade de vomitar e em seguida pediu ajuda de forma desesperada” (Goés, 2016, p.51). Athos fala sobre sintomas que o acometiam, tais como “ansiedade” (sic) e “agitação”(sic). Ele, também, queixava-se de um “nervoso” que atribui a uma situação de abandono. Porém, o “abandono” não foi escutado pelos técnicos e sim o “nervoso”.

Após os atendimentos com Athos, a analista levou a discussão para a equipe, permitindo que os técnicos ouvissem e escutassem as verdadeiras manifestações de sofrimento por trás da queixa trazida de ansiedade.

4.1.6 Atendimento A Situações De Crises

Dois estudos apontam para o atendimento a situações de crises. Martins (2017) apresenta no decorrer de sua dissertação o caso de M., 11 anos de idade, mas desde os 8 anos fazia uso de múltiplas drogas. Segundo a mãe, ele era agressivo e se envolvia em situações de risco, como furtos e tráfico. Durante sua passagem no CAPSi, ele passou pelo acolhimento, por atendimentos individuais e grupais, atendimentos conjuntos mãe e filho e atendimentos individuais com a presença da técnica de referência ou a redutora de danos que acompanhava o caso no CAPSi da cidade de Uberlândia. M. fez acompanhamento no CAPSi até seus 14 anos.

O artigo de Colomé, Maliska e Zappe (2021) apresenta o relato de uma experiência de enfrentamento de um caso de violência contra a criança, discutindo a condução do caso pelos profissionais. O caso abordado foi de uma menina de 11 anos, atendida em um CAPSi no interior do RS por uma estagiária de psicologia em 2018. Foram utilizados registros de prontuários, supervisões e reuniões de equipe, a fim de discutir e relatar o caso tendo um embasamento da literatura técnica, legal e científica, como o ECA, defendendo os direitos das

crianças e adolescentes e enfatizar a importância de uma educação sem violência para o desenvolvimento saudável; bem como a consideração do Código de Ética do Psicólogo, que aborda que ao psicólogo cabe decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo.

O caso relatado de “M”, foi encaminhado pela escola para o CAPSi com queixa de baixo desempenho escolar, realização de pequenos furtos e agressividade excessiva. Após o contrato com a estagiária a paciente evidenciou relatos de maus tratos por parte do pai, mas em um segundo momento recuou com a denúncia, provavelmente por medo. Em uma terceira sessão um membro da família estendida também denunciou os pais por maus tratos de “M”. O vínculo com a terapeuta foi reconstruído e posteriormente os técnicos da Psicologia e da outra área profissional realizaram um encontro entre os pais de M., no qual foi conversado sobre a história de M., bem como sobre suas demandas e sua situação frente ao tratamento. Durante a conversa, os pais abordaram que algumas vezes “perdiam o controle” e “passavam dos limites”, referindo-se às agressões físicas relatadas por M. e por L.- membro da família estendida. Posteriormente, realizou-se a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de M., contando, com a contribuição de seus familiares e dos componentes da equipe multidisciplinar envolvidos com o caso. Foi construída uma relação clara e empática com M. e seus familiares. Dessa forma, a família reorganizou-se de forma a facilitar a convivência entre M. e seus pais: optaram por M. morar com um membro da família estendida com a qual tinha um bom relacionamento, visitando os pais nos finais de semana. Segundo os relatos de M., L. e dos pais, as agressões cessaram, e, além disso, M. conseguiu melhorar também seu desempenho escolar. Assim, o caso foi mais uma vez discutido, ficando decidido que se acionaria o Conselho Tutelar para acompanhamento da família, após o entendimento dessa acerca da situação, muito mais como prevenção e suporte do que como “retaliação”. Portanto, considera-se que foram seguidos os passos recomendados pelas Linhas de Cuidado –

Acolhimento, Atendimento, Notificação e Seguimento na rede de cuidado e proteção social –, adequando-os à singularidade do caso de M. e sua família.

O artigo conclui que há divergências relativas à construção de uma linguagem comum entre os diferentes profissionais na notificação de casos de violência, bem como sobre a construção de uma estratégia conjunta de enfrentamento, envolvendo questões sobre sigilo e a busca do menor prejuízo ao paciente. Ressalta a importância de abordar tais questões na formação profissional inicial e continuada, para que situações de violação de direitos de crianças e adolescentes sejam enfrentadas com maior resolutividade.

Por fim, o artigo de Moura, Amorim, Reis e Matukura (2022) também aborda a questão do CAPSi abarcar demandas de crise. O trabalho envolveu três estudos exploratórios abordando o tema da crise na infância e adolescência nos CAPSij da cidade de São Paulo. Por meio dos resultados, o artigo conclui que a noção de crise na infância é uma noção que envolve diversos sentidos, permitindo uma visão caleidoscópica.

4.2 FORMAS DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPSI

4.2.1 Trabalho Grupal

Dos estudos levantados, quatro deles abordam a atuação do psicólogo na condução de grupos. O trabalho de Rocha (2016) apresenta o funcionamento de uma equipe de um CAPSi de Pernambuco, em que há uma equipe que é menor do que a mínima proposta: o médico psiquiatra só atendia dois turnos no serviço; havia uma enfermeira; uma coordenadora, uma psicóloga e uma assistente social. Apenas a psicóloga e assistente social realizavam atividades terapêuticas. Rocha (2016) apresenta o trabalho grupal de uma psicóloga com a participação de dez crianças na faixa etária aproximada de oito anos. Neste grupo, ela trabalhava atividades de vida diárias, como alimentar-se, ir ao banheiro, vestir-se, cuidar da higiene, escolher uma roupa. Na descrição da observação grupal da psicóloga, Rocha (2016) descreve uma dessas atividades, em que a profissional dividiu as crianças em dois grupos de cinco

crianças. Ela levou um boneco e discutiu a respeito da limpeza, posteriormente solicitou que as crianças desenhassem o que eles faziam em suas rotinas diárias para ficarem limpos. Ao final, ela promoveu uma reflexão sobre essa atividade.

A tese de doutorado de Mota (2018) expõe durante a tese alguns casos clínicos analisados pelo viés da psicanálise. Dentre eles, um caso de atendimento em grupo de três crianças que apresentavam características de autismo. Neste caso, apresenta a experiência de uma psicóloga em um CAPSi de Brasília. A experiência grupal durou um ano e nove meses, nos anos de 2014 à 2015. Cinco meninos passaram pelos encontros iniciais do grupo e três ficaram. Em momento posterior, um novo menino entrou. No início da experiência, as crianças tinham entre três e quatro anos de idade e ao final todos tinham cinco anos. Durante a experiência do grupo, as crianças estavam também em análise individual com outra psicóloga. Três meninos que participaram da experiência do início ao fim: Henrique, Renato e Abel. A psicóloga apresenta algumas falas sobre a sua experiência com o trabalho grupal relacionado à demanda de autismo:

[...] Eu me sentia lidando com esta multiplicidade. Foi intenso e cansativo estar com todos eles ali, porque para isso era necessário mudar de espaço e de interação constantemente, já que quase não havia um lugar e um brincar em comum. (Mota, 2018, p. 116)

[...] Na minha experiência, frequentemente sinto esse campo em sensações de peso ou leveza corpóreas. Conteúdos com carga agressiva odiosa, por exemplo, costumam me trazer sensações de densidade corporal e/ou aceleração. Tais sensações que se apresentam com a criança autista não são apenas da ordem do desprazer e das angústias impensáveis. Pelo contrário, há momentos de leveza, prazer e beleza (Mota, 2018, p.146).

O trabalho dissertativo de Lourenço (2020) apresenta ações grupais em um CAPSi da cidade de Campinas, o CAPSi de Pitangueira. Um dos grupos era coordenado por uma psicóloga, e era formado por crianças que apresentavam queixas de agressividade associadas a um contexto social bastante vulnerável. Outro deles era a um grupo novo no CAPSi e que ainda estava desenhando seus objetivos e dinâmica de trabalho. Ele era coordenado por uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga E, também, por uma psicóloga. O grupo era composto por crianças pequenas, cuja faixa etária variava entre dois anos e meio e quatro anos de idade.

Por fim, o artigo de Moretto, Conetto e Terzis (2008) aborda uma experiência em um CAPSi da região de Sorocaba. O artigo oferece um exemplo de um atendimento grupal relacionado à experiência proporcionada pela ambientoterapia, a qual se segue: certa ocasião, um grupo de adolescentes destruiu uma árvore e muitas crianças menores observaram o fato e não aprovaram a atitude do grupo de adolescentes. O psicólogo e o estagiário fizeram o manejo dos grupos e após a discussão e reflexão sobre o fato ocorrido, os adolescentes concluíram que podiam conseguir uma nova planta, a qual foi providenciada e plantada. As crianças menores foram convidadas para acompanharem o plantio e parabenizaram os adolescentes. Este processo envolveu a conscientização de responsabilidades, a possibilidade de reparação e a participação de todos de modo ativo. Dessa forma, os usuários podem utilizar, de maneira construtiva, os recursos emocionais que possuem, visando o enfrentamento das dificuldades da vida.

Identificam-se que por meio dos grupos foram trabalhadas a socialização entre as crianças e as atividades da vida diária.

4.2.2 Oficinas Terapêuticas

Dentre as produções descobertas, quatro delas abordam o trabalho do psicólogo em oficinas terapêuticas. Observa-se nos estudos a utilização do brincar nas oficinas como

ferramenta para o desenvolvimento infantil. A dissertação de Blom (2018) traz experiências de oficinas terapêuticas em CAPSi da cidade de Porto Alegre. A oficina “O Brincar” foi uma alternativa ao modelo de atendimento psicanalítico individual. Envolve um trabalho com crianças com transtornos psicológicos graves (autismo e psicose) com dificuldade de interação social, “crianças que não brincam”. As crianças são avaliadas pela triagem e encaminhadas seguindo um PTS para a oficina. Os técnicos das oficinas são psicanalistas e realizaram as intervenções baseados em contribuições teóricas da topologia das estruturas.

O trabalho de Lourenço (2020) aborda também um trabalho de oficina terapêutica realizado em um CAPSi de Campinas. A experiência é de uma oficina de esportes coordenada por uma psicóloga e um técnico de enfermagem. A maioria das atividades da oficina ocorriam fora do CAPSi, ora em uma quadra próxima ao local, ora em uma piscina um pouco mais distante. Conforme Lourenço (2011), as oficinas externas contribuíram para a organização das crianças com queixas de autismo.

Já o estudo de Gomes (2011) aborda o trabalho em um CAPSi de Campina Grande. São apresentadas as oficinas terapêuticas, que partiram das experiências realizadas pelo Grupo de Intervenção Precoce para crianças de zero a sete anos que apresentavam transtornos do desenvolvimento: paralisia cerebral, miopatia, hidrocefalia, entre outros. Essas oficinas tinham caráter experimental e surgiram como um espaço onde o brincar pudesse ser instigado de forma socializada. As oficinas realizadas eram de areia e água, contos e cantos, artes e ofícios (teatro, música, dança, modelagem) e tinham o objetivo de auxiliar no processo de constituição simbólica das crianças pelo brincar. Em último, Cervo (2010) traz a observação participante de uma psicóloga em um CAPSi do Rio Grande do Sul nas oficinas de brinquedos para as crianças. Durante as oficinas os profissionais auxiliavam as crianças em atividades de pintura, recortes, e brincadeiras que envolviam artesanato.

4.2.3 Acolhida Noturna

Um dos trabalhos encontrados, o de Jozefczyk (2021) envolve o trabalho com a acolhida noturna de crianças e jovens em um CAPSi III do município de São Paulo-SP. O objetivo do trabalho de Jozefczyk (2021) foi analisar durante a pandemia as relações de cuidado de dia e de noite (acolhida noturna) oferecidas às crianças e jovens em um dos sete CAPSi II de São Paulo. O funcionamento do CAPS abordado acontecia da seguinte forma: durante as 24h do dia, o dispositivo tinha três encontros entre as equipes do serviço, dentre elas as passagens de plantão e reuniões: das miniequipes e da equipe geral. Em cada um dos plantões diurnos duravam 6 horas e eram compostos por quatro a cinco profissionais, no geral. Participam dos plantões diversos núcleos profissionais, como: psicólogos, auxiliares de serviços gerais, administrativos e oficinairos, por exemplo.

Jozefczyk (2021) apresenta a fala de um psicólogo, Nelson, no plantão sobre sua acolhida noturna de um dos pacientes, o Jhonny.

Aí, a gente fica assim, talvez algo que é pertinente à própria profissão enquanto psicólogo, eu fui pensando em algumas coisas. O Wolverine sempre se sentiu excluído dentro do próprio desenho, a série foi criada nos anos 60 que é o início dos movimentos sociais importantes. O próprio autor do X-Men criou o X-Men pensando nas diferenças, se os X-Men são mais do que mutantes(...) E, isso fez muito sentido com a história do Johnny. Pensando na sua história psicossocial anterior, desde o período gestacional, né?! A gente vai pensando em quantos sentimentos de rejeição podem ter elaborado muita coisa dentro dele, ter manifestado muitas coisas dentro dele, mas eu pensei nessa simples associação, assim, mesmo porque foi o que me ocorreu. E o Wolverine sempre busca saber quem ele é, aonde ele está. É um herói destemido que às vezes não quer estar junto aos X-Men, ele quer desbravar e conhecer

a sua história sozinho e a gente acabou relacionando um pouco isso com o Johnny (Jozefczyk, 2021, p.104).

Observa-se por meio do encontro entre Nelson e Johnny, que há uma reflexão colocada pelo psicólogo através do resgate da história de vivências de Johnny, que havia trazido para o terapeuta durante a acolhida alguns discursos sobre o desenho X-men. Diante da situação, o psicólogo junto com a equipe e a rede, buscou as diferentes formas de expressão de Johnny e de agenciamento do retorno para a sua casa, posteriormente.

4.2.4 Desconstrução de Preconceitos

David (2018) apresenta em sua pesquisa o trabalho do psicólogo em uma equipe de um CAPSi de São Paulo. Aborda o trabalho do psicólogo realizado em uma oficina junto com outros profissionais, no intuito de desconstruir os preconceitos relacionados ao racismo, o qual estava acontecendo de forma recorrente com as crianças no território em que se localizava o CAPSi. Em uma das suas intervenções o psicólogo usou o seriado *The Walking Dead*, apresentado por meio dele uma personagem negra, Michonne, de forma a relacionar a beleza dela com a de algumas das crianças negras no dispositivo. Traz alguns casos atendidos nas oficinas: o caso de Paulo, uma criança em situação de rua e em extrema vulnerabilidade, mas não frequenta nenhuma escola. Relata que Paulo havia discutido com um garoto também na mesma situação que ele e que era negro, nesta discussão ele ofendia o menino com aspectos que eram dele. Segundo a psicóloga: “a agressividade dele era meio espelhada, era uma raiva que ele tinha dele mesmo na situação” (p. 103). Outro caso, é o de Nelson, uma criança que sofreu racismo no próprio CAPSi, por meio das seguintes falas “seu preto, seu macaco” (p.103). Nelson foi procurar ajuda da psicóloga em alguns momentos para conversar sobre a situação.

As análises dos casos, apontadas por David (2018), mostram como o sofrimento psíquico das crianças demonstram o poder de humilhação do racismo, o que, assim como a

manicomialização provoca desumanização. Por isso, observa-se por parte do psicólogo e dos demais profissionais a necessidade de um cuidado antirracista. O trabalho conclui colocando a importância do que chama de “aquilombar-se”, ou seja, a ação de sair do paradigma racista.

4.2.5 Orientação aos Pais

Alguns trabalhos mencionam as orientações dadas aos pais após as oficinas terapêuticas, atendimentos grupais ou atendimentos individuais. A pesquisa de Gomes (2011) em um CAPSi de Campina Grande, teve como objetivo analisar os lugares atribuídos às famílias no processo terapêutico. Durante a pesquisa foram realizadas entrevistas com sete profissionais e observação do grupo de mães e crianças. Após os grupos, as oficinas e os atendimentos individuais aconteciam orientações aos pais. Por meio das entrevistas e observações ao longo do estudo, Gomes (2011) elenca o treinamento das mães e cuidadores em relação aos cuidados de seus filhos: colocar limites nos filhos, estabelecer regras e horários, organizar o ambiente para facilitar o cuidado. Assim, cada profissional do CAPSi ensinava a “melhor forma” de cuidar dos filhos, de forma a buscar um ideal de normalidade no que tange ao desenvolvimento de suas crianças.

A pesquisa de Autuori (2018), que envolve o trabalho em um CAPSi de Campinas, aponta para o funcionamento no dispositivo do Grupo de Qualidade das Interações Familiares (QIF), que faz orientações com pais a fim de possibilitar o treinamento de um manejo adequado dos filhos, envolvendo um comportamento parental mais assertivo. Para exemplificar a finalidade desse grupo, Autuori (2018) apresenta o caso de Ariel, menina de 9 anos que morava com o padrasto, a mãe e tinha alguns irmãos. Após ir para a casa do pai biológico, A. voltou e começou a comer pilhas. Foi atendida pelo psicólogo do CAPSi, o qual observou uma grande dificuldade dos pais em estabelecer limites para os filhos, não somente

para Ariel, mas para suas irmãs também. Dessa forma, o psicólogo compreendeu que a dinâmica dos pais de permissividade excessiva provocava a atitude de Ariel assim como uma disputa entre os filhos pela atenção dos pais. Diante do contexto, os pais foram encaminhados para o Grupo de Orientação que acontecia semanalmente.

Nalini (2020) apresenta em sua dissertação um grupo de orientações a pais, mães e cuidadores realizados em alguns CAPSi de Goiânia. Nesses grupos os psicólogos eram vistos como os profissionais que davam instruções quanto ao manejo dos comportamentos dos filhos, explicando formas para os cuidadores agirem no intuito de permitir mudanças nos comportamentos das crianças. Como pode-se ver em uma das falas de uma das mães, participante do grupo de orientação na época da pesquisa.

Eu acho que ter só mães no grupo ia ser só uma troca de experiência. E com um profissional como a psicóloga é bem melhor porque ela passa orientações, um norte. É fundamental ela dar a devolutiva pra nós. Dizer o que estamos fazendo de certo e de errado (Nalini, 2020, p. 87).

Assim, os trabalhos mostram que as orientações dadas aos pais são realizadas no intuito de suscitar a melhor forma de educar e conduzir os comportamentos das crianças, a fim de promover comportamentos dentro do padrão de normalidade esperado socialmente.

4.2.6 Trabalho com a Equipe do CAPSi

Uma das dissertações encontradas, a de Moretto (2008), relata o trabalho de acolhimento à equipe de um CAPSi de Campinas. Moretto (2008), apresenta o acolhimento de uma psicóloga à equipe do CAPSi formada por quinze pessoas, incluindo a pesquisadora participante. Eram oito profissionais de nível superior e sete estagiários universitários, doze mulheres e três homens, na faixa etária entre vinte e trinta e quatro anos, das áreas de Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Fonoaudiologia e Educação Física. Os membros da equipe enfrentam dificuldades emocionais diárias, como angústias, inseguranças,

rivalidades, impotências, desencontros, desentendimentos e conflitos nas relações entre si. Todas essas questões estavam interferindo no atendimento aos usuários. Dessa maneira, a psicóloga e, também, pesquisadora, realizou alguns encontros com a equipe a fim de acolher e trabalhar a união entre a equipe. Moretto (2008) apresenta alguns relatos dos encontros grupais com os profissionais:

Sabrina entregou a Renata (Psicóloga) dizendo estar com saudades dela por trabalharem em horários diferentes. Renata entregou a Letícia “por agüentar os ticos (crianças de 4 anos) dela”; esta entregou a Cybele, dando um abraço, sem dizer nada (Letícia é a estagiária que a acompanha nos atendimentos grupais). Renata (Psicóloga): “nossa, será que aconteceu alguma coisa com Jorge?” Cybele: “aconteceu alguma coisa aqui na instituição ontem?” Lúcia: “não, parece que é problema pessoal. (Moretto, 2008, p.87)

Neste encontro, Moretto (2008) havia realizado uma atividade lúdica com os integrantes, e identificou que geralmente essa dinâmica promovia um aquecimento afetivo, proporcionando mais liberdade e confiança no grupo. A psicóloga identifica que as atividades lúdicas podiam estimular a preocupação com os membros, o relaxamento, o afeto, o contato interpessoal e criar a possibilidade de um clima favorável para que os membros do grupo solucionassem as tensões e as ansiedades suscitadas pelo trabalho.

4.2.7 Matriciamento e Intersetorialidade com a Atenção Básica

Alguns dos trabalhos trazem a temática do matriciamento e da intersetorialidade com a atenção básica. A dissertação de Oliveira (2018) teve como objetivo trazer as experiências relacionadas ao Apoio Matricial em saúde mental com Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à saúde mental de crianças e adolescentes. Os dados da pesquisa foram coletados por meio da participação de dezoito profissionais referentes a duas equipes da ESF e do CAPSi em encontros grupais (grupo A e grupo B) com a pesquisadora. Identifica-se

durante o caminho do trabalho que há uma desarticulação entre as equipes da atenção básica e as equipes do CAPSi. Uma das psicólogas entrevistadas, do grupo B afirma que na prática o apoio matricial não acontece:

Então, assim, não existe o apoio matricial estruturado para se fazer independente de qualquer equipe que pode estar encabeçando isso, não existe isso, é uma diretriz, não vai ser nenhuma de nós aqui que vamos montar um apoio matricial, felizmente ou infelizmente não cabe a gente isso (Oliveira, 2018, p.85).

A tese de doutorado de Félix (2016) aborda o tema da articulação em rede do CAPSi com a atenção básica. Dessa forma, apresenta em seu segundo estudo a análise dos cuidados formais destinados à saúde mental infantojuvenil em sua relação com as práticas profissionais no contexto dos serviços de saúde em um município da grande Recife. Participaram desta pesquisa uma gestora da rede de saúde mental do estado de Pernambuco e oito psicólogas/os atuantes em Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Os psicólogos da pesquisa falam sobre a articulação do CAPSi com o NASF. Sendo que pelas falas dos entrevistados há uma falta de articulação e comunicação baseado nas normas gerais de referência e contrarreferência. Destacou-se ainda que as parcerias entre NASF, ESF e CAPSi, quando existentes, são fortalecidas mediante vínculos de amizade e afinidade entre profissionais. Assim, as/os entrevistadas/os não relatam o uso de instrumentos técnicos oficiais de referência e contrarreferência entre serviços e profissionais ou mesmo reflexão sobre essas práticas. Como podemos ver em algumas falas:

O CAPSi não tem pernas, não faz. [...] A gente não tem um vínculo. Teve um caso só desde o tempo que eu tô lá que a psiquiatra e a psicóloga veio discutir, a equipe de saúde da família. A equipe chamou o NASF e a gente foi. Um: eles vieram bem pontualmente. É um caso que a criança tinha uns 12 anos, tinha uma deficiência grave, né? É.. tinha um autismo gravE, também,, e a mãe tinha aquela coisa da superproteção

e tal, e ela queria, já tinha tentado de todas as formas de cuidado [...] A equipe topou, a gente foi lá, fez a visita, tá discutindo, tá acompanhando o caso, mas a gente não tem agora o suporte do CAPSi. A não ser por telefone, o CAPSi se a gente for demandar. E eu não sei, sinceramente, não sei se eles vão dar um apoio no sentido de continuar o cuidado (Félix, 2016, p. 115).

Não. Não. Nós não temos reunião ou algum tipo de acompanhamento com o CAPSi. O CAPS Z que é o de adulto a gente tem. [...] A única vez que a gente teve esse contato, essa contrarreferência, foi numa época que uma residente nossa que estava no X (CAPSi). Então ela ficou muito preocupada com o caso e foi atrás coisa e tal, é... foi bem interessante, mas a gente não costuma ter não. [...] É como eu te disse, eu acho também que pela minha demanda ser bem pouca em relação ao infantil, né e ao adolescente. E, também... Ai... não tenho muito contato não...” (p. 115)

O trabalho de Melo (2017) fala sobre o apoio matricial realizado em uma região de Porto Alegre. Como não há CAPSi suficiente para atender a demanda de Porto Alegre, na região em específico não há CAPSi. O apoio matricial do campo estudado encontra-se vinculado à Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), que embora esteja vinculado a um nível secundário de cuidado, não se restringe apenas à saúde mental, como no caso do CAPSi.

Melo (2017) traz o fato de o CAPSi ocupar-se de forma centralizadora (e não apenas central) do sofrimento psíquico infantil, sendo necessário apostar-se em um cuidado compartilhado com a rede. Na pesquisa em torno da temática do apoio matricial foram realizados Grupos focais com as ESFS (2 equipes) e com a Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA). Teoricamente, por não atender somente a demanda de saúde mental, o matriciamento poderia ser realizado de uma forma mais integral. Entretanto, essa expectativa não foi cumprida, visto que há relatos das equipes sobre a insensibilidade de

alguns profissionais na condução dos casos. Ademais, observou-se que quase não havia discussões de casos de crianças no apoio matricial, sendo que a maioria dos profissionais manifestaram insegurança na discussão acerca do sofrimento psíquico infantil, o que pode apresentar relação com a falta de formação e capacitação da equipe de atenção básica a respeito do sofrimento psíquico na infância.

Moura, Amorim, Reis e Matsukura (2022) apontam para a importância da intersetorialidade na construção de um trabalho em rede, de modo a romper com o paradigma institucionalizante, medicalizante e excludente dentro dos dispositivos de saúde mental. Há uma fala de uma psicóloga de um CAPSi de São Paulo: “Jovens com a questão de vulnerabilidade social da família que não tá dando conta. Então a gente tem muito conflito familiar, eu acho que hoje o que mais implica é isso. Um ou outro é psicótico, um ou outro acontece, mas a grande maioria não é não” (p.6). A psicóloga traz a importância da família no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes. Neste sentido, ela aborda como é essencial que no serviço se reconheça esse lugar, e que a equipe busque a construção de estratégias para fortalecer os laços familiares, acolher a família e permitir um espaço para o protagonismo de crianças e adolescentes.

Por meio dos relatos dos trabalhos observa-se que falta de articulação e comunicação entre as equipes da atenção básica e o CAPSi, o que implica em uma defasagem de um matriciamento.

4.2.8 Intersetorialidade com a Escola

Alguns estudos apresentam as articulações realizadas entre os CAPSi e as escolas. A pesquisa de Rocha (2016) aborda a importância da articulação com a escola para o benefício da criança atendida. Por meio das entrevistas com os psicólogos de um CAPSi do interior de Pernambuco, foi possível observar que alguns psicólogos, às vezes, se ausentaram do serviço para ir fazer visitas às escolas. Rocha (2016) descreve essa articulação como uma questão

simples que talvez possa fazer a diferença nesse diálogo escola e serviço referente ao uso dos medicamentos. Às vezes, a criança passa o tempo escolar inteiro dormindo ou bastante sonolenta. Esse diálogo pode favorecer o aprendizado e desenvolvimento da criança usuária, na medida em que o médico pode mudar o horário da medicação, fazendo com que a criança fique mais alerta no tempo escolar.

O trabalho de Cardozo (2014) também aborda a importância da articulação com a escola. Apresenta um caso de um CAPSi do Rio de Janeiro. O caso é de Marcos, um menino de 8 anos atendido pela psicóloga do dispositivo. A mãe procura o serviço após um rompimento amoroso com o esposo. Ela queixava-se do filho estar nervoso, agressivo e tendo “más condutas”. Houve uma articulação da psicóloga junto à escola para ele não ser medicalizado, visto que se tratava de uma questão que estava ocorrendo devido a nova configuração familiar e outros fatores da história de vida da criança. Cardozo aborda o quanto a procura por um atendimento para a criança, muitas vezes é uma demanda do adulto ou da lógica da instituição escolar, e não uma demanda da própria criança.

Ainda nesta temática, a dissertação de Silva (2020) apresenta a articulação de um CAPSi de um município de São Paulo com a atenção básica e a rede escolar. A psicóloga da pesquisa (do CAPSi) realizava alguns grupos compondo a intersetorialidade com algumas escolas e equipes de saúde. Em um dos grupos ela fez a seguinte pergunta “o que seria saúde mental na infância e na adolescência” para a equipe de saúde. Na equipe de saúde não houve consenso, falaram sobre doenças, diagnósticos, e não sobre a produção de vida em meio aos diagnósticos. Falaram sobre os fluxos, a rede, e a necessidade de encaminhamentos cuidadosos para promoção e prevenção da saúde. Já a equipe escolar chegou ao consenso e entendeu que seria um cuidado no desenvolvimento de sujeitos em formação, envolvendo as questões sociais na vida deles. Apontaram a importância da intersetorialidade e criticaram a postura dos médicos que dão afastamento da escola sem perguntar.

A psicóloga traz ao longo da dissertação um debate de um caso encaminhado pela escola, a qual frequentemente solicitava um fechamento de diagnóstico. O caso era de Marcelo, 9 anos, era atendido pelo CAPSi e estudava em uma escola particular. Marcelo tinha dificuldade de leitura e brigava muito na escola, dizia que não queria crescer porque a “vida dos adultos é muito chata e ainda morrem” (sic), o tio dele havia morrido há dois anos devido a um acidente e ele abordava o assunto frequentemente. Ele não gostava do ambiente escolar e frequentemente a equipe do CAPSi tinha que adaptar as atividades, incluindo gincanas, caça ao tesouro e outras atividades para envolver ele em algum conteúdo escolar.

Por fim, a pesquisa de Andrade (2018) buscou identificar as práticas contemporâneas da psicologia na saúde mediante o recebimento de encaminhamentos das demandas provindas do ambiente escolar. Para tanto, a coleta e análise de dados foi feita por meio do levantamento de prontuários de atendimentos psicológicos à demanda escolar (crianças e adolescentes de quatro a dezessete anos), prestados em dois serviços públicos de saúde (CAPSi e uma Policlínica Municipal) localizados em um município do interior do estado de São Paulo E, também, por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais que efetivaram as avaliações e/ou acompanhamentos psicológicos junto a esse público. Nas entrevistas com os psicólogos, os mesmos foram convidados a descrever como acontecia a avaliação dos casos designados como queixa escolar. Ambos os profissionais entrevistados disseram que executam a avaliação a partir de escuta clínica, nomeada por um deles como um olhar que embora clínico, “vê o contexto”, e por outro como “diagnóstico estrutural”, com base em vertente de orientação psicanalítica. Os dois psicólogos abordam que há uma primeira escuta do responsável pela criança ou adolescente, seguida da escuta do usuário em questão. Nenhum dos entrevistados realizava a aplicação de testes, porém, quando identificavam ser necessário, encaminhavam o indivíduo para uma avaliação cognitiva/neurológica por outro psicólogo da rede.

Em suma, diante do número expressivo de demandas escolares que têm sido encaminhadas para o psicólogo, não há uma possibilidade de absorção dessa demanda, visto que primeiramente não cabe ao CAPSi a condução desses casos. Neste sentido, boa parte dessa demanda é direcionada para a rede de saúde de cada município. Além disso, observa-se uma grande solicitação ao CAPSi, por parte da escola, para que haja um fechamento diagnóstico da criança e essa possa ser medicalizada.

4.2.9 Grupos GAM

Quatro trabalhos abordam o trabalho do psicólogo em grupos GAM. A dissertação de Gonçalves (2018) apresenta a trajetória de um grupo de experimentação da estratégia GAM no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Vitória-ES. Este foi o primeiro trabalho envolvendo a estratégia GAM realizado em um CAPSi, isto é, o primeiro trabalho com GAM que se propôs a pensar os desafios presentes na relação com a medicação com crianças e adolescentes. A saber, o Grupo GAM visa problematizar a relação dos sujeitos com seus medicamentos e tratamentos, em 2010, pesquisadores de universidades brasileiras em parceria com a Universidade de Montreal (Canadá) colocaram em prática em nosso país uma nova estratégia em saúde mental (GAM).

O objetivo dos grupos GAM no CAPSi era desconstruir a imagem cristalizada em torno da infância que tendia a tutela e rigidez das práticas profissionais. As crianças geralmente eram vistas socialmente como mais incapazes, deficitárias e, por isso, mais dependentes. A direção do trabalho realizado com o Grupo GAM foi visibilizar e desconstruir com os participantes algumas dessas imagens. Os encontros do grupo GAM ocorreram na sala de reuniões do CAPSi. Os participantes do grupo eram os pesquisadores da Universidade Federal do Espírito Santo, os trabalhadores do CAPSi e familiares de crianças acompanhadas pelo serviço. Os familiares eram em sua maioria mães, ou mulheres que ocupavam esse lugar no cuidado com as crianças. A seguir são apresentadas algumas falas das mães em relação ao

trabalho da psicologia. E, também, algumas falas das psicólogas sobre a percepção em relação ao uso da medicação e ao manejo da família nos comportamentos das crianças.

Ivana, uma das mães do grupo, aborda sobre o uso de medicações com crianças: “acho que medicamento é bom, mas o trabalho com a psicóloga ajudou muito. Acho que se fosse só o medicamento não dava conta” (Gonçalves, 2018, p. 81).

Outra mãe do grupo diz: “Aqui meu socorro é a Dani [psicóloga do CAPSi]. Ela está com ele desde que eu cheguei no CAPSi, quando ele tinha dois anos. E o carinho dela foi conquistando ele. Tudo é tia Dani!” (Gonçalves, 2018, p. 87)

Em um dos grupos, a psicóloga do CAPSi fala das experiências que observa com o acompanhamento das famílias no serviço.

Entrar num ônibus é uma coisa muito difícil. Estar numa festinha, num ambiente social, num shopping... a criança começa a colocar a mão no ouvido, a se balançar, chorar ou ficar agitada... E aí muitos [familiares] pensam assim: “Nossa, o que eu estou fazendo aqui? Devia tá em casa quieto para não escutar esse tipo de coisa”! A gente como sociedade muitas vezes é muito... muito pouco compreensivo, né?! E aí você passa isso uma vez, duas vezes, três, quatro vezes... aí você fica... Ela para e suspira. Aí você desanima... desanima sair, porque sabe que aquilo ali vai causar todo um transtorno, toda uma situação. Como é difícil esse dilema (Gonçalves, 2018, p.41).

A psicóloga também aponta que muitos familiares, para contornar essas “situações”, acabam deixando de fazer alguns programas, de passar por certos lugares, de forma a estabelecer uma rotina que, de saída, parece funcionar melhor. Por fim, a família vai criando essas estratégias, mas também vai se cercando.

A dissertação de Caliman (2014) apresenta a experiência também de um grupo GAM em um CAPSi de Vitória entre os anos de 2013 e 2014. O grupo em questão contou com a participação de três mães e três profissionais do serviço (um assistente social, um psiquiatra e

a coordenadora do serviço), além da equipe de pesquisadores. O grupo foi realizado semanalmente, de forma que a participação não impunha qualquer exigência de frequência. No decorrer dos encontros foram realizadas rodas de conversas com o grupo, sendo que cada encontro teve uma composição bastante mutante de atores: trabalhadores, pesquisadores e familiares.

Nessas rodas de conversas, em uma delas identificou-se a percepção da equipe sobre o trabalho do psicólogo que envolve uma atuação clínica. Como observa-se na fala da pesquisadora:

Buscamos esclarecer isso com a equipe, e alguns se surpreenderam em saber que psicólogos podiam realizar atividades com este formato, para além dos moldes clínicos mais tradicionais. A lógica do atendimento individual e especializado era bastante forte e difícil de se romper, exigindo bastante esforço para se abrir espaço para outras possibilidades (Caliman, 2014, p. 73).

Em outra roda de conversa identifica-se que a medicalização é colocada como o assunto principal, mas com o viés de trazer discussões para além da questão medicamentosa. Como pode-se ver em uma das falas de um dos trabalhadores:

Interessante, também, perceber que pouco falamos sobre o metilfenidato em si naquela roda, mas que íamos ampliando nossas questões para outros medicamentos. Tal movimento já ia se fazendo presente desde os últimos grupos GAM que eu havia participado, ou, colocando melhor, talvez desde o início já apontávamos para isso. De certo modo, nossa proposta era desde sempre trazer o metilfenidato como um assunto “piloto”, pois queríamos fortalecer aquilo que transbordava para além dele: relações entre trabalhadores do CAPSi e as famílias das crianças, questões da rede de saúde, os vínculos entre crianças, suas famílias e comunidade, as outras dimensões de Projeto Terapêutico, entre outros aspectos (Caliman, 2014, p. 99).

A dissertação de Ferreira (2016) apresenta a experiência da psicóloga e pesquisadora, com Grupo de Intervenção com Familiares de crianças e adolescentes (GIFs), ou denominado grupo GAM em um CAPSi de Vitória no ano de 2015. Ela aborda o acolhimento dado aos grupos de mães em alguns encontros do GAM. Ela relata a observação feita ao longo dos grupos sobre a sobrecarga das mães. Dessa forma, houve um trabalho de complexificar a questão da sobrecarga delas, isso demandou pôr também em análise a lógica da redistribuição de papéis. Desmontar a ancoragem da sobrecarga para deslocar a questão do cuidado.

Ferreira (2016) relata:

Experimentado como fardo, o cuidado resta difícil de ser distribuído, posto que é a vida que fica pesada, aprisionada na teia de uma série de discursos modeladores sobre como se deve ser mãe, ser filho, sobre como cuidar. Distribuir, de fato, em uma outra lógica que não a da sobrecarga e da tutela, implica já um outro modo de cuidado. Nesta outra modalidade de cuidar a distribuição é basal, é uma questão de base, pois não há cuidado senão distribuído em uma rede de relações [...] Cuidamos das relações, que por sua vez, fala das redes nas quais nos constituímos, assim se distribui a possibilidade de cada um possa um lugar no cuidado, inclusive a própria criança (p. 94).

Para ela no grupo, portanto, tanto ela como a equipe buscava fortalecer as condições, ou os exercícios, que fortalecem o cuidado, a escuta, o apoio e a confiança com as mães. Tendo como objetivo retirar a sobrecarga de cuidado das mães.

Por fim, a pesquisa de Santos (2017) traz algumas falas de uma psicóloga que, também, atuou em um grupo GAM de um CAPSi de Vitória entre os anos de 2015 e 2016.

Durante o tempo em que habitei esta ilha GAM sentava todas as semanas em roda com o bando constituído em sua maioria por mulheres e crianças no CAPSi de Vitória. Esse era o momento em que construíamos nossa língua do meio pela prática da

conversação. Muitas dessas vozes traziam consigo dores, cansaços e lutas aos diversos modos como a lógica dos muros operava em suas vidas. Via infantilização, culpabilização, normalização etc. (Santos, 2017, p.76).

Aquelas mulheres tinham em seus corpos marcas de uma vida construída em meio a muitas batalhas. A vida na ilha não era um equilíbrio harmônico. Por vezes, alguns navios atracavam nas redondezas e tentavam dominar e submeter o bando segundo seus costumes. Havia também épocas em que era mais difícil encontrar alimento e mesmo produzi-lo. Duro também eram os adoecimentos das crianças. Nestes momentos, caso fosse preciso, iam até o mais remoto lugar da ilha na busca dos melhores meios para o cuidado. Seguiam a caminhada da procura, mesmo tendo que enfrentar e negociar as passagens com os outros povos que habitavam a ilha, os quais, em alguns momentos, não estavam disponíveis às negociações. Elas, entretanto, persistiam. Era difícil e desgastante. Aquelas rodas semanais também contribuíam para estas recomposições. Em termos biológicos, cada uma possuía seus próprios filhos e filhas, mas as crianças eram de todas e de todos. Coisa rara... um cuidado e preocupação que se organizava de maneira coletiva (Santos, 2017, p.84).

Identifica-se que a maioria dos trabalhos relacionados aos Grupos GAM trazem a observação sobre a sobrecarga dos familiares e mães quanto aos cuidados das crianças. Por meio das falas dos cuidadores, a lógica de culpabilização da família e de normalização aparecem presentes. Durante os grupos GAM, a medicalização é usada como assunto piloto para trazer sua problematização e alavancar a reflexão sobre outros assuntos como a rede de saúde, a interação com a equipe do CAPSi, o fortalecimento de vínculos entre os familiares dos grupos.

4.2.10 Ambiência e Ambientoterapia

A dissertação de Ronchi (2012) objetivou conhecer e descrever a ambiência em um CAPSi de Vitória-ES. Foram elaborados dois artigos a partir do desdobramento da dissertação, o primeiro evidenciou as constituições espaciais de um serviço de saúde podem influenciar suas práticas, pois, observa-se que em alguns momentos a ambiência do CAPSi, em seus elementos físicos, como como a utilização de músicas, jogos, brincadeiras, possibilitam comunicações significativas de crianças e adolescentes. O segundo artigo apontou na mesma direção da importância da ambiência no CAPSi, visto que a atenção dada aos objetos disponíveis nos espaços, a sustentação e o manejo das atividades são aspectos válidos na constituição do vínculo na atenção psicossocial, já que podem facilitar o oferecimento de um ambiente seguro e adequado às necessidades das crianças e adolescentes que sofrem com transtornos mentais graves.

Nas oficinas e nas atividades oferecidas às crianças e aos adolescentes, no CAPSi de Vitória, apresentam-se as oficinas: de culinária, de artes, de histórias, de criatividade, além de grupos de expressão e grupos com adolescentes. As oficinas eram direcionadas conforme as especificidades de tarefas de acordo com o grupo que se formava. Nesses espaços a individualidade de cada criança era respeitada. Segundo Moretto (2012), as oficinas eram preparadas de forma a permitir a ambiência das crianças. Conforme o autor a ambiência caracteriza-se pelo espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que facilitam a atenção acolhedora, resolutiva e humana aos usuários nos ambientes dos serviços de saúde.

O artigo de Moretto, Conejo e Terzis (2008) aborda o trabalho da Associação Criança, fundada inicialmente em Diadema em caráter filantrópico e posteriormente reformulado conforme a Política de Saúde Mental, sendo implantado na cidade de Sorocaba, interior de São Paulo. A Associação tem como metas a assistência, o ensino e a pesquisa, com caráter humanista. O trabalho da Associação baseia-se na ambientoterapia, a qual, segundo Osório

(1988), abarca todos os elementos ambientais da instituição que geram impacto sobre o paciente. A assistência prestada pela Associação Criança é desenvolvida em três tipos de Atendimentos Ambulatoriais: a Oficina Terapêutica (OT) e dois Centros de Atenção Psicossocial da Infância (CAPSi). Nas Oficinas Terapêuticas são realizadas atividades grupais de socialização, expressão e inserção social, visando proporcionar ao paciente a aquisição, preservação e expansão de sua autonomia. Já o trabalho dos CAPSis teve início em junho de 2002 e abrange 155 crianças e adolescentes de Sorocaba e 48 municípios da região, de ambos os sexos, portadores de transtornos psíquicos mais graves e que por isso requerem intervenção mais intensiva.

O artigo de Moretto e colaboradores (2008) oferece um exemplo de um atendimento grupal relacionado à experiência proporcionada pela ambientoterapia, a qual se segue : certa ocasião, um grupo de adolescentes destruiu uma árvore e muitas crianças menores observaram o fato e não aprovaram a atitude do grupo de adolescentes. O Psicólogo e o Estagiário fizeram o manejo dos grupos e após a discussão e reflexão sobre o fato ocorrido, os adolescentes concluíram que podiam conseguir uma nova planta, a qual foi providenciada e plantada. As crianças menores foram convidadas para acompanharem o plantio e parabenizaram os adolescentes. Este processo envolveu a conscientização de responsabilidades, a possibilidade de reparação e a participação de todos de modo ativo. Dessa forma, os usuários podem utilizar, de maneira construtiva, os recursos emocionais que possuem, visando o enfrentamento das dificuldades da vida.

4.2.11 Ambulatório De Saúde Mental Infantil

Quatro trabalhos envolvem o trabalho do psicólogo em Ambulatórios de Saúde Mental. A dissertação de Sinibaldi (2013), problematiza a atenção dispensada às crianças na área da saúde em um município de pequeno porte, Assis, que tinha nos serviços de Atenção Primária a porta de entrada dessa demanda. O Ambulatório de Saúde Mental, na época da

pesquisa era responsável pelo atendimento da demanda infantil, estava sempre com filas de espera e, portanto, pouco supria os problemas identificados e encaminhados. Conforme a análise dos prontuários de crianças de até 11 anos, a maioria dos casos era de meninos, em relação aos diagnósticos, o maior número de casos eram de alterações de comportamento, TDAH e violência doméstica e sexual. Os encaminhamentos eram realizados geralmente pelas escolas, por um projeto da cidade (projeto Girassol) e pelo Conselho Tutelar.

Na pesquisa há uma entrevista com a Juliana, Psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental que trabalha no local há 18 anos. Quanto aos tipos de atendimento que ela realiza, ela havia respondido:

Eu faço ludoterapia individual e faço orientação, eu tenho um grupo de orientação de pais. Esse grupo de orientação de pais, é pra aquela queixa assim, mais associadas as fases psicosexuais né, fase oral, anal, fase fálica, tem criança que chega aqui a mãe relata que tem sete anos e tá na mamadeira, tem sete anos e ainda não tem controle dos esfíncteres estabelecido, uso de chupeta. Falta de limites familiar principalmente criança que tem uma dinâmica familiar diferenciada, por exemplo, criança que é criada pela avó, né, dificuldade de estabelecer esses limites (Sinibaldi, 2013, p. 120).

A tese de Ribeiro (2018) apresenta a pesquisa no ambulatório de saúde mental infantil (ASMI), porta de entrada para o serviço em saúde mental e atende pacientes até os 18 anos de idade de Marília e de muitas cidades da região. Na época da pesquisa havia um CAPS que estava ainda em fase de implementação, por isso a pesquisa envolveu o ambulatório de saúde mental. O público alvo da pesquisa foram crianças de 1 a 12 anos de idade. O objetivo foi debater sobre o sofrimento psíquico da infância na contemporaneidade. Durante a tese foram realizadas entrevistas com as crianças do ambulatório e foram expostos alguns estudos de casos atendidos de forma individual pela psicóloga, tendo como viés da psicanálise.

O terceiro estudo, de Machado (2008), apresenta o trabalho em um Ambulatório de Saúde Mental de São Bernardo do Campo em 2007, tendo como intuito compreender o processo da consulta terapêutica. Durante a pesquisa foram levantados prontuários de pacientes menores de 5 anos. Dentre os 55 casos, a maioria dos casos atendidos passavam por atendimentos individuais e eram de origem psicodinâmica, indicando dificuldades no processo de integração dessas crianças, ou seja, suprimento ambiental não satisfatório. A consulta terapêutica variou entre 5 e 13 sessões, atendendo a expectativa da instituição de realizar resoluções breves. Dos casos atendidos, apenas dois foram encaminhados para psicoterapia individual. Como resultado, Machado (2008) aponta para a consulta terapêutica como uma possibilidade de um holding para a família, ou seja, um suporte para família que permite um desenvolvimento saudável do filho.

A quarta pesquisa, a de Lacerda (2007), apresenta o trabalho realizado em um ambulatório de saúde mental do interior de São Paulo em que foram analisados os prontuários encaminhados para triagem. O objetivo foi analisar a relação entre o encaminhamento da criança para atendimento psicológico e a presença de transtorno psiquiátrico em um dos pais, baseada nos dados dos prontuários de um ambulatório público de saúde mental. A partir das informações retiradas das anotações feitas nos prontuários das crianças encaminhadas e de seus pais, pode-se observar uma relação entre os sintomas apresentados pelas crianças e as adversidades do ambiente familiar envolvendo doença mental, situações de crise e conflitos além de ser um fator agravante para a ocorrência de abuso contra a criança.

Através dos relatos dos atendimentos ambulatoriais vê-se que a maioria dos atendimentos são realizados de forma individual e seguem o viés da psicanálise nas análises dos casos. Na maioria das pesquisas identifica-se um trabalho do psicólogo direcionado aos pais e cuidadores em relação ao manejo dos comportamentos das crianças.

4.3 RELATOS DE EXPERIÊNCIAS PSIS

Em alguns trabalhos há entrevistas com os psicólogos, que traduzem como esses profissionais identificam suas experiências de trabalho com o público infantil no CAPSi. Silva (2013) traz a experiência de uma psicóloga atuante no CAPSi Zaldo Rocha em Recife entre os anos de 2012 a 2013. O nome fictício da psicóloga entrevistada é Isa. Ela relata que os usuários do serviço chegam encaminhados (escola, Conselho Tutelar, abrigo, posto de saúde, PSF, ou por demanda espontânea). É marcada uma primeira escuta que os profissionais nomeiam de acolhimento (técnicos de saúde mental: psicólogo, enfermeiro, assistente social, to, psicopedagogo etc. Se o caso for não for perfil ele é encaminhado para a rede para ter outro tipo de assistência, se ele for perfil o caso é discutido pela equipe e são observados quais serviços do CAPSi beneficiariam o usuário (atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento à família, atividades comunitárias). É construído um Projeto Terapêutico para o caso e é definido o profissional de referência

Isa fala sobre a devolutiva dos casos para os pais, na qual indica o desenvolvimento das crianças e orienta os pais sobre a valorização dos ganhos conforme a singularidade de cada criança. Isa relata que o diagnóstico não pode definir aquele sujeito pequeno, visto que os indivíduos podem ter os mesmos diagnósticos, mais histórias absurdamente diferentes. Quando indagada sobre o funcionamento do serviço ela acredita ser importante mudanças: a construção de uma identidade no CAPSi, como qual a proposta do serviço. Como a instituição é composta por 3 distritos, 57 unidades, ela refere que há uma sobrecarga de trabalho e vê a necessidade da criação de novas unidades.

Cervo (2010) apresenta a vivência da psicóloga em um CAPSi do Rio Grande do Sul. Durante a pesquisa ela participou de reuniões de equipe, oficinas de teatro, oficinas de

brinquedo, entre outras atividades. Por meio de sua vivência nas oficinas de brinquedo, ela traz a questão de como o brincar das crianças segue a lógica capitalista de ter que apresentar um momento específico para acontecer. A autora pontua que quando os profissionais dividem as atividades dentro das oficinas eles asseguram um modo de brincar, representando que não se pode brincar a qualquer momento, aprisionando o brincar em um horário definido. O brincar se torna algo questionado em sua falta ou excesso, colocando em risco o projeto criado pelos profissionais para que a criança tenha um desenvolvimento saudável, como esperado por eles.

Fala também das normas e da disciplinarização sutil que ocorre nas atividades das oficinas: cortar, colar, desenhar dentro da linha, etc. Traz uma fala de um dos profissionais do grupo no diário de campo: “Lembro de uma criança que estava pintando e estavam decidindo a cor que a criança tinha que pintar, “essa cor não é certa’, ‘pinta na linha’. Cervo (2010) percebe o quanto, às vezes, há um “não suportar” por parte dos profissionais. Pois, qualquer criança que está aprendendo a recortar, a lidar com o material gráfico, não vai ficar tão bonito, não vai ficar aquela perfeição, é uma dureza do experimentar da criança, no lambuzar, no sujar.

Freire (2017) traz o relato de duas psicólogas de um CAPSi de Salvador: Alice e Renata. Alice fala sobre as suas dificuldades da formação em lidar com a área da saúde mental infantil, sendo que “correr por fora”. Refere que aprendeu muita coisa com a experiência e com outros profissionais, inclusive com psicopedagogos, e disse a importância de ir à escola para compreender o que verdadeiramente ocorre no ambiente escolar.

Eu tenho muito contato com psicopedagogo, eles me ensinam muito, porque você não pode trabalhar com a infância sem estar dentro da escola, sem trocar com a escola, não existe isso, você tem que estar o tempo todo trocando com a escola o que está acontecendo com a criança (Freire, 2017, p. 96).

Queixa-se do encaminhamento excessivo da escola para o CAPSi, visto que tudo o que foge a um padrão de normalidade, a escola encaminha para a saúde mental. Além disso, a escola tem a expectativa que o CAPSi dê conta de intervenções pedagógicas, de dizer como lidar com a criança ou adolescente encaminhado. Ela aborda em uma de suas falas “Eu acho que há uma dificuldade da escola em lidar com a subjetividade” (p. 96).

Outra questão explanada se refere ao fato de as escolas solicitarem diagnóstico da criança e adolescente encaminhadas. Além disso, queixa-se da exigência feita aos profissionais de saúde por um diagnóstico por parte dos pais e da escola. Alice ressalta os problemas que o diagnóstico pode trazer, servindo como limitador para a criança ou adolescente. Como relata:

Tudo que aquela criança não alcançar é por causa do diagnóstico, em vez de ela utilizar aquele diagnóstico para abrir potencialidades, para aproveitar as potencialidades da criança, tudo justifica. Mas esse menino não aprendeu porque você sabe né? Porque ele tem esse diagnóstico. Então assim, é lidar com isso, eu acho que ser psicólogo hoje da infância e da adolescência, é você lidar com as diversas situações, e que você tem que estar ali preparado para não tirar o foco de que ali é uma criança, é um sujeito, entende (Freire, 2017, p. 97).

Alice salientou que não só as queixas escolares, mas também os transtornos leves têm sido atendidos no serviço, na medida do possível. Ela fala da “sensação angustiante” (sic) de que é “como se fosse um sorteio” (sic), dependendo do tempo e da disponibilidade do profissional. A outra psicóloga, Ana também aborda sobre o despreparo para trabalhar no CAPSi, como vemos em sua fala:

Então, quando eu cheguei ao CAPS foi com essa ideia mesmo de entender o que era saúde mental infantil que eu não tinha noção, não tinha essa dimensão. E foi difícil porque lá não tinha ninguém para me dizer o que era ser oficinaira, o que eu tinha que

fazer, não tinha uma estrutura na equipe para receber, então foi um momento bem difícil, como não tinha uma coordenação técnica, eu não sabia o que fazer lá (Freire, 2017, p. 101).

Ana também falou que no decorrer da graduação não viu muitas coisas relacionadas à saúde mental infantil e à infância e adolescência; que foram poucas disciplinas sobre essas temáticas, sendo que não citou nenhuma disciplina da área de educação.

Indagada sobre o que pensa das crianças que chegam ao CAPSi encaminhadas com queixas escolares, ela respondeu que a queixa escolar era mais um dos fatores e que é necessário ver como a criança e a família estão funcionando. Comentou da necessidade de ver a criança de uma forma mais ampla, sem focar na queixa escolar. Além disso, reclamou que muitas vezes a escola chega com um relatório pedindo diagnóstico e medicação para a criança. Ana disse que quando a criança é trazida tem sempre algo a dizer, a verdade dela, a qual não está nos relatórios. Assim, ela ressaltou que acredita que na escola não se escuta as crianças e que o CAPSi é o espaço para escutá-las e saber o lugar que está ocupando na escola e família.

Quanto aos principais motivos que a escola tem encaminhado para o CAPSi, Ana respondeu que tem chegado muitas crianças com dificuldades de aprendizagem, “agitação” e “agressividade”. A maioria delas são encaminhadas com o diagnóstico, ela falou da necessidade de desconstruir isso. Ela comenta:

Então, a gente faz todo um trabalho de desconstrução desses pseudodiagnósticos e dessa necessidade que, às vezes, os pais vêm de querer medicar e tenta também implicar a família e a escola. A ideia é, quando vem uma demanda da escola, sempre entrar em contato com a escola. Marcar uma visita na escola, conversar com os professores, conversar com o diretor, tentar desconstruir isso com eles, porque às

vezes eles têm uma ideia mesmo de que a equipe de saúde vai diagnosticar e medicar e a criança vai voltar perfeita sem sintoma nenhum (Freire, 2017, p. 102).

No que tange às repercussões que a ida ao CAPSi causa na vida da criança ou adolescente, ela diz que acontecem repercussões boas quando o CAPSi tem uma articulação adequada com a escola e com a saúde. Ela considera que a infância é uma fase diferente, é de constituição dessa criança e adolescente. Após ser indagada sobre as repercussões negativas que o encaminhamento para o CAPSi pode gerar na vida escolar da criança ou adolescente, ela disse que se não for uma passagem na vida da criança, pode trazer efeitos negativos. A criança pode cronificar e “seguir uma carreira de doente mental”.

Maciel (2011) traz em seu trabalho o conteúdo extraído de entrevista com uma psicóloga oriunda da saúde mental e que trabalhava há quase 10 anos no Conselho Tutelar do Rio de Janeiro, na época da pesquisa. Na entrevista, a psicóloga aborda que durante sua atuação em um CAPSi do Rio de Janeiro, realizava atendimentos de crianças com os direitos violados. Diz que ao longo da sua trajetória percebeu que o psicólogo é o profissional visto como aquele que tem acesso à verdade dos fatos. Ela traz que no CAPSi chegavam para ela diversos problemas e que o papel dela sempre foi desproblematizar os problemas, ou seja, mostrar que nem todos os problemas são patologias, como por exemplo, a tristeza da criança que virou depressão, a vitalidade da criança que virou hiperatividade. Aborda que muitas vezes chegam demandas escolares para seguimento de tratamento no CAPSi e que não deveriam ser atendidas.

Na tese de Maciel (2011) é exposto pela fala da psicóloga o despreparo durante a graduação para lidar com a saúde mental infantil. Uma das psicólogas entrevistadas diz que na graduação ela não havia sido preparada para trabalhar com crianças abrigadas, psicóticas, internadas, e que aprendeu a lidar com essas questões durante a sua atuação. Traz a importância de ter uma formação para os profissionais que trabalham com saúde mental

infantil para que eles se sintam preparados. Em seu trabalho, Freire (2017) também aborda essa questão. Por meio de entrevistas realizadas com os profissionais de um (CAPSi) de Salvador, incluindo o psicólogo, foi identificado que a formação não os preparou para atuar com a saúde mental na infância e adolescência.

Dias (2012) apresenta o trabalho do psicólogo, e coordenador do CAPSi de Santa Luzia (Minas Gerais). O psicólogo por meio de sua experiência traz a percepção de que a maioria dos casos eram encaminhadas por escolas públicas, unidades básicas de saúde e conselho tutelar. Nesses encaminhamentos o profissional observa que havia um pedido de “pedagogização” para os comportamentos que se encontravam em desacordo com um suposto “padrão de normalidade”, por exemplo, os encaminhamentos de crianças com mais de sete anos que ainda não haviam adquirido a habilidade de leitura quando se esperava que o fizesse até tal idade. Para além desses pedidos, também se chegavam pedidos dos pais ou responsáveis, que procuravam o CAPSi para o tratamento dessas crianças quando percebiam que seus comportamentos eram “diferentes” das crianças consideradas “normais”. Nesse contexto, os encaminhamentos destinados ao CAPSi, enquanto um serviço especializado em saúde mental, faziam-se “urgentes”, como se este fosse capaz de “consertar”, corrigir ou restaurar nas crianças os padrões da boa convivência social e da suposta “normalidade”.

Observa-se por meio dos relatos dos psicólogos que há um trabalho de desconstrução a respeito dos diagnósticos dados às crianças, tanto em relação a como a escola, como quanto a como os pais lidam com esses diagnósticos. Identificam-se, também, a temática das normas, disciplinarização e pedagogização destinadas às crianças, havendo uma tendência por parte da escola e de outros dispositivos de encaminhar para atendimento psicológico as crianças que fogem do padrão de comportamentos esperados como normais pela sociedade. Sendo assim, a maioria dos psicólogos mencionam um trabalho constante de desmitificar o que realmente é

um problema na infância. Alguns psicólogos referem o despreparo durante a graduação para lidar com a demanda da saúde mental infantil.

4.4 RELATOS DE PAIS E CUIDADORES SOBRE A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPSI

Alguns estudos trazem a perspectiva de pais e cuidadores sobre o trabalho do psicólogo e dos demais profissionais dos CAPSi. Kappel (2018) realizou um estudo em um CAPSi de Uberaba, Minas Gerais, nos anos de 2016 a 2018. A instituição, no período da coleta de dados, era composta por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro, duas terapeutas ocupacionais, quatro psicólogos, um farmacêutico, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta e um assistente social; além de cinco profissionais de nível médio: um técnico de enfermagem, um técnico de farmácia e três assistentes administrativos. Foram feitas entrevistas com pais e cuidadores das crianças do CAPSi.

Nas perspectivas dos familiares, cuidadores e pais sobre os psicólogos do serviço eles foram identificados como os profissionais com maior habilidade de ouvinte e com os quais os participantes tinham maior facilidade para se comunicar. Como pode-se ver nas seguintes falas: “Ela é muito boa ouvinte... ela deixa a gente falar... aqui ela conversa com você... ela te escuta... Ela é muito boa ouvinte, acho que deveria é... não sei que profissão que é ouvinte, né.. é psicóloga, né (...)” (Kappel, 2018, p. 55).

Às vezes quando eu preciso falar eu vou, eu preciso falar com a psicóloga... eu deixo um bilhete com a secretaria, falando para ela que no próximo atendimento ele não vem, eu venho no lugar dele, pra mim poder falar o que eu quero... que eu preciso conversar com ela que um negócio aconteceu e eu não tô sabendo o que fazer (...). (Kappel, 2018, p. 55)

Nalini (2020) em sua dissertação apresenta entrevistas realizadas com os cuidadores, pais, mães e responsáveis pelas crianças dos CAPSis dos municípios de Goiânia nos anos de 2017 a 2019. No momento da pesquisa os participantes reconheciam os psicólogos como figuras de acolhimento. Como pode-se ver em algumas de suas falas: “As (os) terapeutas do filho agem de maneira acolhedora/com dedicação.” (p. 83) “Meu filho aqui ele tem acolhimento, ele é outro menino [...]. A Psicóloga aqui, não é uma psicóloga. Ela é humana. Ela abraça, não porque é terapeuta dele. Mas é amiga... Ela é um anjo.” (p. 83)

Nos grupos de orientações aos pais os cuidadores percebiam o psicólogo como alguém que era técnica e passava segurança. Seguem-se algumas falas: “Nas férias da psicóloga, nós tentamos nos reunir. Mas a gente ficou perdida! A gente reunia, trocava experiência, mas ficava faltando alguma coisa!” (p. 87) “Eu acho que ter só mães no grupo ia ser só uma troca de experiência. E com um profissional como a psicóloga é bem melhor porque ela passa orientações, um norte.” (p.87)

Por meio das pesquisas apresentadas identifica-se que os psicólogos são vistos pelos responsáveis das crianças como os profissionais que proporcionam segurança, acolhimento, e com os quais podem melhor se comunicar, serem ouvidos e atendidos.

4.5 RELATOS DA EQUIPE DO CAPSI

Zanini (2015) traz a experiência em um CAPSi de Maringá. Foi realizada a análise dos prontuários de 2011 a 2015, também foram realizadas entrevistas com os profissionais do CAPSi. Quanto à análise dos prontuários, identificou-se que os meninos eram os mais encaminhados e o sofrimento psíquico por vezes aparecia associado a comportamentos desajustados, levando-nos a reconhecer um sentido de saúde mental sinônimo de adaptação social. Os encaminhamentos emanavam principalmente da Atenção Básica, da Educação e do

Conselho Tutelar, e endereçados ao CAPSi se assemelhavam a pedidos de concerto, a exemplo dos encaminhamentos por agressividade e queixas escolares que foram as mais recorrentes.

Dentre as análises das entrevistas, foram levantadas as seguintes temáticas: como os profissionais compreendiam a infância, e o que seria a saúde mental para eles.

Quanto à infância, a maioria compreendia a mesma como um tempo marcado pela capacidade de aprender, pelo dinamismo e volatilidade. Além dessa compreensão, muitos deles comparavam a infância na atualidade com o próprio tempo da infância. Como observa-se na fala: “Na nossa época as crianças demoravam de 5 a 7 dias para abrir os olhos, hoje tudo mudou, a criança é muito esperta, muito estímulo, os pais ficam boquiabertos com essa rapidez” (p. 149).

Como aponta Zanini (2015), ao notarem essa diferença, os profissionais abordam contextos diferentes do atual, desnaturalizando um momento particular do desenvolvimento que é historicamente construído, e levando a compreensão de que não existe uma única infância.

Há alguns profissionais que retratam a infância como um momento da vida que está em construção, e um período de irresponsabilidade das crianças. Apesar dessa visão, a maioria dos profissionais esperam que os pais saibam delas e os pais esperam que os profissionais saibam. Como identifica-se nas seguintes falas:

Um desafio para nós profissionais: fazerem os pais entenderem que a criança é responsabilidade deles. [...] os pais perderam o referencial do que é infância e adolescência, os pais não sabem e a gente tá aqui para lembrar, os pais só veem problemas, não sabem que aquilo é normal. (p. 150)

Em relação a como a equipe compreendem o que seria saúde mental infantojuvenil:

ÔNIX: engraçado isso: para definir saúde a gente define doença... numa perspectiva desenvolvimentista de saúde da criança se você vê que a criança está tendo uma curva evolutiva e em algum momento ela foge dessa curva, pra mais ou pra menos, é nesse momento a não saúde. Mas, não é a criança que percebe. Alguém tem que ajudar a perceber. A gente ajuda a perceber... a gente tenta (p. 224).

ÁGATA: acho que tem um padrão de normalidade... e tem a cobrança de um padrão pela sociedade. Por exemplo: se a criança é quieta, introvertida... querem que ela seja extrovertida, não se respeita a criança por querer um padrão de normalidade (p.224).

Marchi (2005) mostra sua pesquisa realizada envolvendo um Capsi da região de Santa Catarina e um CAPSi da região de Rio Grande do Sul. Foram realizadas entrevistas com os profissionais: psicólogos, assistentes sociais, entre outros, levando em consideração os seguintes temas: a percepção das equipes de saúde a respeito dos desafios profissionais que emergem de seu cotidiano e como percebem os desafios relacionados às demandas atendidas nos CAPSi.

No que tange aos aspectos que afetam o cotidiano de trabalho dos profissionais, os depoimentos apontaram para famílias que, ao se ausentar do processo terapêutico de seus filhos, na percepção dos profissionais, afetam o processo de desenvolvimento da criança ou adolescente, tornando a prática dos profissionais de saúde mais árdua e levando-os a avaliarem suas ações como difíceis.

Ainda nesta categoria, outro aspecto marcante se refere às dificuldades socioeconômicas que afetam a sobrevivência do grupo familiar. Dentre as dificuldades: a questão social extremamente prejudicada, dificuldade de conviver em grupo, uso abusivo de substâncias psicoativas.

Os próprios profissionais também veem a necessidade de qualificação do profissional de saúde, sendo que a maioria buscou aprender mais sobre essa realidade partindo da própria experiência de trabalho no CAPSi. Como observam-se nas falas:

Eu mudei meu tratamento com eles também...tu já pensas neles mais como um ser humano, com vontade, com desejo...tu começa a conhecer melhor o guri...tu aprende o limite daquela criança... a gente tem que ter paciência... (Marchi, p. 84, 2005).

A questão da espontaneidade...acho que é o que mais tenho aprendido, o que eu aplico no dia a dia é a espontaneidade...durante a faculdade de psicologia a gente aprende a perder a espontaneidade...a não mostrar o que sente.....tinha muita dificuldade de expressar meus sentimentos, hoje em dia eu me sinto mais liberta (p. 84).

Nos relatos acima, constatamos a importância de valorizar o sentimento e a prática do profissional, de incentivar o diálogo e a capacidade de ouvir o outro, de forma a discutir criticamente a produção e reprodução do conhecimento científico, visando uma formação profissional mais integral.

Quanto aos desafios considerados pela equipe no atendimento às demandas, observa-se a busca de um consenso das ações, surgindo como um desafio a ser superado pela construção de uma linguagem comum a todos. Os profissionais percebem a importância da integralidade, mas identificam que para isso é necessário acordos entre a equipe para haver um funcionamento dinâmico institucional. Dentre as ações em equipe destacam-se: a organização dos acordos e das decisões conjuntas, espaços de relacionamento interdisciplinar, formulação de objetivos comuns, construção de projetos terapêuticos, disponibilidade dos profissionais.

Para a maioria dos profissionais entrevistados, o trabalho que desenvolvem têm importância no seu desenvolvimento pessoal. No entanto, identificam um desgaste emocional grande, que muitas vezes não tem respaldo do dispositivo. Também revelaram que às vezes não conseguem trabalhar porque as políticas, muitas vezes, não estão implantadas, e suas ações profissionais vão até um determinado ponto e param.

Nos depoimentos dos profissionais encontra-se, também, falas acerca da desvalorização profissional e financeira como fatores que os afetam:

A gente não é valorizado financeiramente, já não tem muitos recursos, muito apoio, não tem material para trabalhar, então...com certeza a nossa saúde mental fica muito comprometida (Marchi, 2005, p. 98).

Infelizmente a gente tem ainda discurso muito avançado, muito bom, mas na prática o que é deixado pra esses meninos, pra essa infância ainda é muito resto né, principalmente pra nossa unidade que atende a gurizada que está na rua...já não tem nada mesmo então qualquer coisinha vai servir porque eles não vão reclamar... é uma falta total de recursos (p. 98).

5 DISCUSSÕES

Retomando o sentido desta pesquisa em mapear as noções de atenção à saúde mental voltada para a infância no Brasil nos dispositivos de saúde mental: os CAPSi. E tendo como norteadores os objetivos específicos de: analisar o percurso histórico e social de cuidados voltados para a infância no Brasil, compreender de como se deu o processo de construção da infância normal e anormal, explorar a construção da noção de saúde mental infantil de modo a analisar seu percurso de surgimento, bem como delinear e compreender a atuação dos psicólogos nos CAPSi. Discutimos aqui alguns apontamentos trazidos por meio da pesquisa documental e da pesquisa bibliográfica.

Identificamos por meio dos dados coletados nesta dissertação, que há uma concentração de pesquisas na região sudeste e nordeste. Segundo Garcia (2015) observou-se uma expansão dos CAPSi a partir de 2002. Sendo que em 2002 haviam 32 CAPSi e no final de 2006 aumentou para 77 serviços implementados. Entre 2007 e 2010, houve um crescimento de 70% chegando a 117 para todo o País e em 2012 existiam 158 CAPSi em todo o país. Em 2015, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) existiam 208 CAPSi habilitados, mas 32 não contavam com a habilitação para funcionamento, mas registravam muitos funcionários ativos. Apesar da grande expansão dos dispositivos, Garcia (2015) aponta para uma distribuição desigual desses funcionários entre as regiões, os quais estavam concentrados principalmente nas regiões sudeste e nordeste. Atualmente, conforme consulta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) existem 84 CAPSi habilitados, dos quais 38 se concentram na região sudeste, 26 na região nordeste, 15 na região sul, 4 na região centro-oeste e 1 na região norte. Em relação ao número de CAPS infantojuvenil foram identificados 29 habilitados conforme consulta no CNES. Dentre eles, 26 habilitados na região sudeste e 3 na região nordeste. Observa-se novamente a concentração dos dispositivos na região sudeste e nordeste. Além desse dado, por meio da consulta no CNES observamos uma discrepância entre o número de CAPS habilitados no território nacional, cerca de 2.886 estabelecimentos reconhecidos, para apenas cerca de 113 dispositivos habilitados voltados para a infância e adolescência.

Analisando o número de CAPSi e CAPS infantojuvenil atual comparado com o ano de 2015, percebe-se uma diminuição do número de dispositivos habilitados. Esse retrocesso corrobora com o que Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) consideram como um desmonte da política nacional de saúde mental brasileira entre os anos de 2016 a 2019. Os autores por meio da análise de normativas e documentos de caráter público no período apontam que a reorientação da política de saúde mental, no que tange ao incentivo à internação psiquiátrica e

ao financiamento de comunidades terapêuticas, permitiram uma tendência de estagnação da implantação dos serviços de base comunitária como os CAPS.

Ademais, conforme a identificação dos resultados, observamos uma dificuldade dos setores da rede de saúde, integrantes da saúde mental, como as UBSs, os NASFs e dos demais setores da rede como o Conselho Tutelar em reconhecer o que é demanda do CAPSi. Muitos casos são encaminhados sem necessidade para atendimento no dispositivo do CAPSi, os quais poderiam ser acolhidos e atendidos de forma mais eficiente em outros dispositivos da atenção básica. Há muitos encaminhamentos relacionados à aprendizagem e queixas escolares, o que sinaliza uma dificuldade em compreender o que é demanda da saúde mental infantil.

Essa dificuldade em compreender o que é demanda do CAPSi apresenta relação com o que traz Botelho (2014), de que a política de saúde mental infantil ainda está em construção. Para ele, os marcos legais relacionados à política de saúde mental não descartam a construção diária das políticas, na prática dos serviços, na interação dos agentes de cuidado, na rede de saberes, e no processo de cuidado. Além disso, por meio das pesquisas documentais desta dissertação, observa-se que a temática da infância a nível de importância só passou a ter destaque no Brasil no período republicano. De tal forma, as pesquisas em torno da infância e da saúde mental da infância foram tardias e refletiam as práticas higienistas e de disciplinarização da infância. Assim, traduz-se uma dificuldade de compreender as demandas do CAPSi devido ao histórico recente de inserção no debate e na construção de uma política voltada para a saúde mental infantil.

Embora em alguns estudos haja a compreensão de quais encaminhamentos deveriam ser destinados aos CAPSi, existe uma dificuldade de condução dos casos pelas equipes de saúde. Há uma noção de que compete ao CAPSi o atendimento de casos de crise, no entanto, os casos que não se adequam a esse perfil e que demandam outro tipo de atendimento, em muitos momentos não são atendidos.

Consoante Félix (2016), os casos que não concernem ao CAPSi e que deveriam receber algum atendimento ambulatorial, de forma a atender as demandas consideradas “leves”. No entanto, conforme o autor, a oferta de ambulatórios e CAPSi para a população infantil é deficitária. Os entrevistados da pesquisa abordam uma crítica ao sucateamento dos ambulatórios e a falta de incentivo à expansão dos mesmos. Além da crítica ao sucateamento, outras questões em conjunto com a falta de investimento financeiro, foram levantadas para a dificuldade de acesso aos ambulatórios, como as excessivas filas de espera, a organização de marcação de consultas, a burocratização administrativa, a insuficiência de vagas e a ineficácia de altas.

Outro fator relacionado ao baixo acesso ambulatorial, ainda segundo Félix (2016), tem referência ao debate de alguns profissionais que apontam o ambulatório enquanto equipamento de saúde que reproduz ações manicomiais. No entanto, cabe a reflexão de que os CAPS são serviços ambulatoriais territorializados (Brasil, 2002). Desse modo, é importante compreender a diferença entre o ambulatório enquanto um espaço físico e a ação ambulatorial enquanto um rompante das delimitações impostas de um espaço físico, a qual centra-se na intervenção de cuidado e no sujeito. Assim, a ação ambulatorial pode acontecer em qualquer ponto da RAPS, na atenção básica, no CAPSi, e nos demais dispositivos.

Em relação às demandas, entendemos aqui as demandas “enquanto as necessidades em saúde que compõem as especificidades de cada território e sua rede”. (Ribeiro e Miranda, p. 44, 2019). Além dos casos relacionados às queixas escolares, de aprendizagem e de comportamentos que são direcionadas ao CAPSi por alguns dispositivos da rede por não compreenderem o papel do CAPSi, vemos que há uma demanda grande por atendimento de casos do TEA e de TDAH.

Segundo Campos (2022) por meio do DSM-V que estabeleceu a categoria TEA, houve uma expansão da neurologia e associação com a farmacologia e genética,

estabelecendo diagnósticos cada vez mais precoces de autismo, elevando a probabilidade desses diagnósticos se tornarem equivocados. Ademais, o autor refere que com o aumento do número de casos de autismo houve, também, o crescimento das prescrições de psicotrópicos na primeiríssima infância. Essa problemática se traduz em um aumento significativo de casos de autismo na atualidade, que conforme já ressaltado pela pesquisa do CDC (2022) nesta dissertação, 1 em cada 36 crianças pode apresentar o diagnóstico de TEA. Neste enredo, Campos (2022) resalta que pode ser verificado nas clínicas públicas como nas privadas uma epidemia do autismo, onde o mesmo tem se tornado um dos principais diagnósticos formulados para as crianças com as mais diversas dificuldades. Outra questão trazida pela autora, é que a formulação diferencial do diagnóstico de autismo, tem levado a diminuição do diagnóstico de psicose ou esquizofrenia na infância.

No que tange ao TDAH, Manara (2020) expressa que este é um dos transtornos psiquiátricos mais comumente diagnosticados. As pesquisas relacionadas ao TDAH apontam para prejuízos funcionais e déficits neuropsicológicos associados ao transtorno. Na versão atual do DSM-V, conforme o autor há uma separação entre os subtipos do diagnóstico entre apresentação desatenta, hiperativa-impulsiva e apresentação combinada. Essas mudanças na construção do diagnóstico, levaram alguns autores a debaterem sobre a reificação do transtorno, que como Batstra et al. (2014) seria a separação do TDAH enquanto uma entidade biomédica distinta, de forma a desconsiderar os outros critérios descritivos do diagnóstico, como nos demais transtornos do manual.

No Brasil, algumas pesquisas como a de Cruz et al. (2016) apontam para a máscara que o diagnóstico do TDAH coloca a alguns fatores externos às crianças, como os sociais, culturais e históricos. Essa questão retoma o processo de “patologização” já tratado aqui na dissertação, em que os comportamentos considerados antes como “normais” passam a ser considerados como transtornos.

Conforme Junges e colaboradores. (2012), a demanda é socialmente construída e dependente do contexto que compõe as necessidades. No entanto, também está relacionada aos subsídios disponibilizados pelas políticas públicas de saúde e às ofertas de serviço por estas direcionadas, de forma que a demanda pode ser influenciada de acordo com o que é oferecido por determinado serviço de saúde. Dessa forma, pode-se interferir que o aumento do número de demandas de TEA e TDAH podem refletir no aumento da oferta de serviços relacionados a esses diagnósticos.

Ademais, as demandas encontradas nesta dissertação referentes à ansiedade, Transtorno de Conduta e outros problemas comportamentais podem refletir também o processo de patologização e medicalização da infância, já tratados no capítulo 3.3, lembrando as ações a psiquiatria preventiva começou a usar a medicalização para o controle dos comportamentos tidos como desviantes, como os sugeridos nos manuais diagnósticos. Esses, por sua vez, tornaram necessária uma identificação precoce de riscos, ou de indivíduos com uma suposta probabilidade de patologias psiquiátricas, tendo como intuito o controle dos desvios de comportamentos.

Alguns estudos trouxeram a demanda de atendimento a situações de crise, como os trabalhos de Colomé, Maliska e Zappe (2021), que abarcou um caso de violência contra criança, o artigo de Moura, Amorim, Reis e Matukura (2022), que avaliou o atendimento a situações de crises em alguns CAPSi de São Paulo, e a dissertação de Martins (2017) discutindo o caso de uma criança que fazia uso de múltiplas substâncias psicoativas. A temática de atendimento a situações de crise, será debatida posteriormente.

Em relação ao papel do psicólogo e suas formas de intervenção, foram levantados por meio dos dados os processos de: grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, matriciamento com a atenção básica, acolhida noturna, desconstrução de conceitos e preconceitos, orientação aos pais, trabalho com a equipe do CAPSi, intersetorialidade com as escolas e demais

dispositivos, grupos GAM, ambiência e ambiente teparia, atuação em ambulatórios de saúde mental.

Como apontam as Referências Técnicas para a atuação de psicóloga (os) nos CAPS-Centro de Atenção Psicossocial (CFP, 2022) no eixo- atuação da(o) psicóloga(os) na política do CAPS é ressaltada a importância de na prática do psicólogo haver a escuta, “a escuta de desejos, dores, sofrimentos, tristezas, alegrias, potencialidades, saberes, expectativas, planos” (p. 77), de forma a centrar-se na escuta do sujeito, opondo-se ao antigo olhar regulador e segregador que os profissionais da loucura exerceram por muito tempo. Essa escuta que possibilita a criação dos sujeitos, a conexão entre grupos sociais, com a saúde, educação e demais dispositivos, abarca uma clínica ampliada. Esta, consiste em compreender o sujeito em uma dimensão singular e individual, sem que sejam reduzidos a objetos, e sem que as práticas dos profissionais sejam serializadas ou padronizadas para todos os sujeitos.

Dessa maneira, como o documento aponta, por meio da escuta singularizada o psicólogo em sua prática pode desenvolver o acolhimento, a construção de um projeto terapêutico singular (PTS), a participação na economia solidária, a atuação no apoio matricial, em atividades grupais e na atenção em situações de crises.

Em relação ao acolhimento, o qual é referenciado pelo documento como uma “estratégia de recepcionar todas as pessoas que busquem o cuidado para seus sofrimentos psíquicos” (CFP, 2022, p. 78). Sendo uma estratégia que para além de uma triagem ou uma avaliação psicopatológica, possa permitir a escuta das necessidades e demandas do sujeito. De modo a compreender o serviço, o funcionamento da rede de saúde, e outras redes, a fim de atender o sujeito e seu grupo familiar. Observamos por meio dos relatos dos psicólogos nesta dissertação que o acolhimento geralmente é realizado por eles no serviço, como cita a psicóloga com nome fictício Isa do trabalho de Silva (2013). Também se nota por meio dos relatos dos pais e cuidadores das crianças usuárias dos CAPSi, que os psicólogos no geral

também são vistos como figuras de acolhimento, como identifica-se na pesquisa de Nalini (2022) “As (os) terapeutas do filho agem de maneira acolhedora/com dedicação.” (p. 83). Além disso, os responsáveis consideram os psicólogos como bons ouvintes, como mostra-se na fala de um dos familiares no trabalho de Kappel (2018): “Ela é muito boa ouvinte, acho que deveria é... não sei que profissão que é ouvinte, né, é psicóloga, né” (p. 55).

Quanto a construção de um PTS, a documentação do Conselho Federal de Psicologia (2022) aborda o projeto como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário.” (p.80). No geral, conforme o documento, o PTS apresenta-se como uma variação do estudo de caso clínico, sendo desenvolvido tendo como alicerce quatro pilares: a definição situacional, a qual engloba avaliações sociais, psicológicas, orgânicas que tragam uma compreensão dos riscos do sujeito. A definição de metas, a qual estabelece estratégias e encaminhamentos sobre as situações identificadas que devem receber intervenção. A divisão de responsabilidades, que define o papel de cada membro da equipe, bem como estabelece o profissional de referência que cuidará de articular todo o processo de cuidado. E, por fim, a reavaliação em que as tarefas e resultados são revistos, e novas intervenções são avaliadas ou propostas.

A maioria das pesquisas encontradas em torno do papel do psicólogo no CAPSi englobam o PTS como um norteador para a condução dos casos, como podemos citar nos trabalhos de Colomé, Maliska e Zappe (2021), Botelho (2014), Silva (2013), Lourenço(2020). Esses, trazem o PTS como principal estratégia para a escuta e cuidado com as crianças atendidas.

As atividades grupais, foi outro item identificado no documento do CFP (2022) como uma possível intervenção do psicólogo. Elas podem ser definidas como “um conjunto de ações no decorrer da referência técnica, que apontam para uma dimensão ampliada de

intervenções possíveis de serem realizadas” (p.88). Ainda, o documento valida as atividades coletivas como o principal recurso terapêutico no contexto do CAPSi, englobando os grupos e oficinas, a fim de desenvolver habilidades comunicacionais, cognitivas nos sujeitos.

Assim, muitas das pesquisas encontradas corroboram para a existência na prática cotidiana do psicólogo de atividades coletivas. No que tange aos grupos, observa-se a importância dos grupos, conforme a visão dos profissionais, para permitir a socialização das crianças. Em relação às oficinas, as mesmas são vistas como espaços que permitem às crianças um processo terapêutico do brincar. Essa visão corrobora para a identificação do que Lemos (2007) traz, do brincar enquanto um dispositivo de resistência à demanda social, trazendo a possibilidade da produção de si. As brincadeiras de faz de conta e os jogos com diversos papéis sociais desnaturalizam a vida cotidiana e modificam a estrutura perceptiva das crianças.

Acerca do Apoio Matricial, o documento do CFP (2022) define o mesmo enquanto uma composição e articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), abrangendo outros serviços destinados ao cuidado da saúde mental da população, como a atenção básica. A qual, em muitos casos e situações, precisa de apoio técnico para aumentar seu poder de resolução das necessidades suscitadas em cada caso. Neste sentido, “o apoio matricial amplia a rede de serviços substitutivos, melhora o funcionamento destes e capacita os profissionais desses níveis de atenção” (p. 85).

Por meio dos dados coletados observa-se que o apoio matricial aparece enquanto conceito necessário a ser executado na atuação dos profissionais da RAPS, no entanto, muitas vezes na prática profissional não há uma comunicação ou um vínculo entre o CAPSi e a atenção básica, como pode ser visto nos trabalhos de Oliveira (2018), Melo (2017), Félix (2016). Além disso, observou-se uma insegurança por parte das equipes na discussão acerca do sofrimento psíquico infantil, como aponta Melo (2017). Tal questão pode refletir o

processo em andamento de construção das políticas de saúde mental infantil, mas também a falta de capacitação dos profissionais da rede para fornecer um apoio técnico às equipes da atenção básica, como menciona Botelho (2014).

A respeito da atenção a situações de crises, tem-se a necessidade dos CAPSi em acolher as situações de crises no território, como é visto em CFP (2022): “[...] é de fundamental importância que os CAPSi acolham as crises, assim como as demandas de saúde mental do território sob sua responsabilidade” (p.91). A normativa aborda que qualquer definição de crise deve levar em consideração as dimensões do território e da história do indivíduo, de modo a considerar os acontecimentos de vida, os problemas emocionais e sociais que podem envolver a crise. Para tanto, as ações dos profissionais no manejo de situações de crise devem envolver um cuidado integral, permitindo uma escuta atenta e mediação dos conflitos, em qualquer ambiente, seja no CAPSi, no domicílio ou em qualquer local no território que faça sentido para o usuário e a família, e favoreça a manutenção do vínculo.

Em alguns trabalhos identifica-se por parte dos profissionais do CAPSi a noção do atendimento a situações de crise, como nas produções de Félix (2016), Martins (2017), Colomé, Maliska e Zappe (2021) e de Moura, Amorim, Reis e Matukura (2022). O artigo de Moura e colaboradores (2022), analisa a noção de crise psiquiátrica por meio do relato das equipes de alguns CAPSi de São Paulo. Os resultados das análises dos discursos desses profissionais apontam os desafios ainda presentes no campo da saúde mental infantil no que compete ao conceito de crise, e parece revelar o processo de transição paradigmática em que esses serviços se encontram, ora operando no paradigma psicossocial, ora no paradigma psiquiátrico.

Dessa maneira, observa-se que nas práticas dos profissionais a noção de crise psicossocial está em construção. Ressalta-se que o paradigma psiquiátrico é marcado pela

redução do sofrimento humano ao simples objeto da doença mental, descolado do corpo social e da existência global dos sujeitos. Em oposto, envolver o paradigma psicossocial considera o sofrimento humano em sua diversidade e complexidade, incluindo seus múltiplos planos singulares, familiares, comunitários, sociais, culturais e macroestruturais. No geral, as noções de crise apresentadas pelos participantes dos estudos abarcam a rede de relações (família, escola e o meio social em que vivem) dessas crianças e adolescentes. Tais achados evidenciam que as equipes apresentam noções complexas de crise pautadas nas situações de vida das crianças e adolescentes, considerando, além do aspecto individual, as demais dimensões: familiares, sociais, culturais envolvidas na vivência de sofrimento.

Para além desse acolhimento inicial de crises, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 854 de 2012, o CAPS possui duas formas de acolhimento de crise: o acolhimento diurno ou noturno. No acolhimento diurno, o usuário permanece o dia todo no CAPS, possibilitando o afastamento de situações conflituosas do usuário, visando um manejo das situações de crise que objetive o resgate, a retomada das relações interpessoais e do convívio familiar e/ou comunitário. Já o acolhimento noturno, permite que além do acolhimento diurno, o usuário possa permanecer 24 horas na unidade. De tal, em situações de crise o usuário pode ter uma hospitalidade noturna no CAPS considerando o PTS, a fim de evitar a necessidade de cuidado em ambiente hospitalar sempre que possível.

Apenas um trabalho encontrado mencionou o acolhimento noturno, o de Jozefczyk (2021), que apresentou durante a pesquisa alguns casos de acolhida noturna, dentre eles a acolhida de Jhonny. O autor mostra como por meio do resgate das vivências, das formas de expressão e história de vida do usuário do serviço foi possível em conjunto com a equipe e a rede, promover arranjos durante o percurso de acolhimento dele, como em exemplo, o primeiro acesso de Johnny e sua família à UBS próxima de sua residência. Assim, por meio

do processo de acolhimento e das articulações feitas, foi possível agenciar o retorno de Jhonny para sua casa.

Jozefczvk (2021) ressalta uma informação importante sobre o acompanhamento intenso “de dia e de noite” às crianças e jovens. Aponta para o fato de que apenas em 2009 houve a implementação do primeiro CAPSIJ III no município de São Paulo, sendo que anteriormente, havia apenas as internações, fossem elas em comunidades terapêuticas, hospitais gerais e até mesmo em hospitais psiquiátricos.

Vimos até aqui que as normativas referentes à atuação do psicólogo trazem a prioridade para intervenções que envolvam atividades coletivas como os grupos terapêuticos e oficinas terapêuticas. Além disso, há a importância da construção de um PTS dos casos atendidos, a necessidade de um apoio matricial entre as equipes do CAPS e da atenção básica, quanto aos casos abarcados no território, bem como o atendimento a situações de crises. Neste sentido, por meio dos dados coletados nesta dissertação, há um cumprimento dos profissionais no que tange à busca por atividades coletivas e na construção de um PTS dos casos. No entanto, observa-se falhas entre as equipes na articulação de um apoio matricial, mesmo havendo o reconhecimento de sua importância. Ademais, poucas pesquisas remetem ao atendimento a situações de crise.

Mas, além do leque legislativo, por meio da pesquisa bibliográfica, outras possibilidades de atuação do psicólogo foram levantadas, dentre elas: a desconstrução de preconceitos, a orientação realizada aos pais, trabalho com a equipe do CAPSi a intersetorialidade com a escola, os grupos GAM, a ambiência e ambientoterapia e os atendimentos ambulatoriais.

O trabalho de Davi (2018) abordou o trabalho de desconstrução de preconceitos em um CAPSi em que havia a presença do racismo de forma predominante no convívio entre as crianças e adolescentes do território. Observa-se que para além da desconstrução de

preconceitos, os psicólogos são envolvidos em um processo constante de desconstrução de conceitos ou ideias fixas. Como é visto por meio dos relatos dos psicólogos que atuam cotidianamente na desconstrução a respeito dos diagnósticos dados às crianças, tanto em relação a como a escola, como quanto a como os pais tratam e lidam com esses diagnósticos.

Outro tema de atuação elencado é a orientação dos psicólogos aos pais, familiares ou cuidadores das crianças. Em alguns trabalhos, como nos de Nalini (2020) Aurotori (2018) e Gomes (2011) pontua-se que as orientações dadas aos pais são realizadas no intuito de suscitar a melhor forma de educar e conduzir os comportamentos das crianças, a fim de promover comportamentos dentro do padrão de normalidade esperado socialmente.

Neste sentido as orientações dadas aos pais, resgatam o histórico de inserção do psicólogo em ações higienistas, no sentido de promover ações normalizadoras para as famílias e para as crianças. Conforme relata Gomes (2011), a responsabilização dos pais e a culpabilização deles promovem a busca de autogerenciamento dos pais e da vida dos seus filhos. O que de certa forma, por meio da maioria dos relatos dos profissionais, permite uma visão da retirada de responsabilização da instituição e transferência para a família. Assim, as orientações dadas retomam estratégias de governamento, ou de gerenciamento de riscos, que segundo Hillesheim e Cruz (2008), se tornaram um novo mecanismo de controle aliado ao biopoder, indicando que a população deve assumir os riscos de seus comportamentos e escolhas. Portanto, a pesquisa de Gomes (2011) auxilia a refletir sobre a normalização das famílias por meio das ações dos psicólogos, como também dos demais profissionais inseridos nos CAPSi.

Em relação ao trabalho com a equipe do CAPSi, apenas uma pesquisa aborda o acolhimento dado à equipe, o de Moretto (2008). O estudo aponta para a intervenção positiva junto a equipe que permite um clima harmonioso entre os profissionais, bem como a confiança entre os membros. É importante refletir o quanto a conexão entre a equipe pode,

também, favorecer a condução dos casos no CAPSi, pois, como Manara (2020) observou em seu estudo, as divergências entre a equipe podem interferir na construção do PST.

Outra intervenção referida pelo psicólogo foi a atuação referente à intersetorialidade com as escolas. As pesquisas de Cardozo (2014), Rocha (2016), Andrade (2018) e Silva (2020) retratam a articulação que os psicólogos realizam com a rede de educação devido ao encaminhamento excessivo de demandas escolares para o CAPSi. Os psicólogos, na maioria das vezes buscam a desconstrução de que o CAPSi abarca essa demanda e direcionam a demanda para outros serviços da rede. Muitas vezes as cobranças direcionadas ao dispositivo implicam solicitações de fechamento de diagnósticos a fim de que a criança, tida como “problema” possa ser medicalizada.

Outra forma interventiva do psicólogo levantada refere-se à participação em grupos GAM. Os quatro trabalhos encontrados envolvendo o tema: Caliman (2014), Ferreira (2016), Santos (2017) e Gonçalves (2018), abarcam a região nordeste do país. Os grupos GAM visam a princípio a gestão autônoma da medicação, segundo Caliman (2014) o primeiro marco do debate em torno da medicalização na infância no Brasil foi “Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade”, realizado em novembro de 2010 na cidade de São Paulo. Este fórum foi criado pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, mas atualmente conta com o apoio de dezenas de entidades, profissionais e pesquisadores das áreas de educação e saúde de todo o país. As ações são direcionadas para esclarecer os riscos do abuso de medicamentos e fortalecer estratégias não medicalizantes.

Segundo Ferreira, Caliman e César (2021), a estratégia GAM iniciou seu desenvolvimento no Canadá, em um contexto com pouca ou nenhuma crítica ao uso dos medicamentos em saúde mental. A iniciativa partiu de usuários dos serviços de saúde mental no país, a fim de debater a experiência singular do uso de medicação. A adaptação e "importação" da GAM no Brasil foi promovida por meio de pesquisas realizadas pela UFF

(Universidade Federal Fluminense), UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) e UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), entre 2009 e 2014, que se encarregaram da tradução, adaptação, validação e disseminação da estratégia GAM pelo país.

No entanto, para Ferreira, Caliman e César (2021) foi um desafio adaptar os grupos GAM pensando no público infantil ou infantojuvenil. Inicialmente foi apostado e um grupo de com os cuidadores (pais, mães, avós, tias), profissionais e pesquisadores, tendo como intuito a construção de um espaço de cuidado que envolvesse, no formato de rodas de conversas, a participação dos familiares, apresentando como disparador a experiência infantil com uso de psicofármacos. O guia brasileiro GAM foi elaborado visando a melhor decisão sobre o tratamento, partindo do saber dos usuários. Ao adaptar ao contexto brasileiro tem-se que os familiares ao lerem o guia percorrem lugares distintos, dentre eles: um lugar que devolve a pergunta para si mesmo, o lugar que responde como se fosse a criança e por último, o lugar que interroga a experiência para a própria criança com o uso de medicamentos, sobre os efeitos sentidos em seu corpo, sobre suas vivências no CAPSi e sua percepção sobre sua rede de apoio.

Por meio das experiências dos grupos GAM, os autores Caliman (2014), Ferreira (2016), Santos (2017) e Gonçalves (2018) identificaram algo em comum: a fala dos familiares sobre a sobrecarga de responsabilidades no que tange aos cuidados dedicados às crianças. Dessa forma, as falas dos familiares retomam as ações normalizadoras ainda presentes nos dispositivos de saúde mental, que implicam a responsabilidade dos pais nos cuidados dos filhos. Em sua pesquisa, Ferreira (2016) traz o quanto nas falas das dos cuidadores (a maioria mulheres e mães), a sobrecarga era justificada pelos ideais de normalidade, e ancorada pelo lugar instituído da mulher e do gênero feminino no lugar tradicional do cuidado. As mães relatavam o quanto era difícil distribuir o cuidado dos filhos, pois, para muitas delas,

compartilhar o cuidado e criar uma rede de apoio, teria como condição necessária a confiança, a qual muitas vezes não existia, principalmente no que se referia à rede escolar.

Ao que confere às práticas do psicólogo voltadas para a ambiência alguns estudos encontrados como o de Ronchi (2012), apresentam a ação profissional de realizar a ambiência no CAPSi no intuito de promover um trabalho humanizado, facilitando a comunicação e o vínculo com as crianças. Para Ronchi (2012), a ambiência auxilia a pensar no processo de implantação da atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil, pois, permite pensar a organização dos dispositivos de forma humanizada, refletindo sobre um espaço físico, profissional, social e das relações interpessoais que facilitem ações acolhedoras, resolutivas e humanas para os usuários nos ambientes dos dispositivos, de forma a desconstruir os processos de adoecimento gerados pela institucionalização.

Ainda, como aponta Ronchi e Avellar (2015) em um dos artigos de desdobramento da dissertação de Ronchi (2012), um dos aspectos da política de humanização é a ambiência, que pode ser definida como:

Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis, apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (Brasil, 2010, p. 51).

Para tanto, segundo Brasil (2010) a política de humanização do SUS preza pela atenção que deve ser dada à arquitetura dos serviços, visando a construção de espaços que

visam a conforto, o atendimento humanizado, a socialização entre os sujeitos, espaços acolhedores e resolutivos. Assim, pensar na ambiência pode facilitar a comunicação do sofrimento dos usuários dos serviços, possibilitando que um trabalho terapêutico se realize.

Para Ronchi e Avellar (2015), pensar na ambiência em saúde mental permite criar formas de intervenções diante da complexidade do sofrimento psíquico, principalmente no que tange ao sofrimento de crianças e adolescentes, as quais apresentam particularidades que vão além do modelo assistencial estruturado para os adultos. Usar objetos atrativos como brinquedos e meios lúdicos como histórias, produções de artes, brincadeiras, tornam-se fundamentais para um trabalho que se propõe terapêutico para as crianças. Essa organização que permite à criança brincar e se comunicar, possibilita também que ela se organize e se aproprie de si.

Já o trabalho de Moretto, Conetto e Terzis (2008) menciona uma intervenção profissional envolvendo a ambientoterapia. O trabalho apresenta as ações em um CAPSi de Sorocaba consoante a ambientoterapia. Conforme Bernady e Zamo (2016) a ambientoterapia é um termo regional empregado na região sul do Brasil, sendo que em outras regiões podem ser chamada de Comunidade Terapêutica (CT). Segundo os autores, a primeira Comunidade Terapêutica infantojuvenil foi inaugurada em 1965. Em Porto Alegre, a primeira CT para crianças Leo Kanner, foi liderada por Luiz Carlos Osório, em seguida no Rio Grande do Sul, outra CT foi implantada com o nome de Clínica Pinel, posteriormente os trabalhos tornaram-se referência para outras cidades do país. Para Bernady e Zamo (2016), a modalidade da ambientoterapia é indicada para pacientes que se encontram em um estado mais primitivo e com dificuldades de adaptação. Sendo que a abordagem, tornou-se indicada principalmente para crianças com TEA e psicose infantil. No processo da ambientoterapia, alguns elementos são adotados como o estabelecimento de regras e limites, a disposição de rotinas, que possam contribuir para a capacidade de tolerância e organização.

Segundo Osório (1988), a ambientoterapia envolve todos os elementos ambientais da instituição que geram impacto sobre o paciente, e para além disso, valoriza a rotina da vida diária, de forma a possibilitar a construção de novas relações humanas. Sendo assim, as atividades desenvolvidas que representam as situações da vida, são ferramentas para analisar e discutir as emoções e os comportamentos das crianças e dos adolescentes, frente a situações vividas, tornando o ambiente terapêutico. Segundo o autor, a filosofia da ambientoterapia é baseada na valorização da importância das relações humanas que oferecem a aproximação das pessoas por meio do respeito, afeto, solidariedade e democracia. No caso apresentado por Moretto, Conetto e Terzis (2008) o psicólogo junto com a equipe se utilizaram de uma situação ocorrida no grupo de adolescentes para promover discussões, reflexões e ações com as crianças menores.

Por último, acerca das intervenções dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental, tem-se os achados de Lacerda (2007), Machado (2008), Sinibaldi (2013) e Ribeiro (2018). Esses apontam para, na maioria dos casos, a execução de um trabalho ambulatorial voltado para ações individuais e que seguem com orientações individuais dadas posteriormente aos pais sobre as formas de manejo dos comportamentos dos filhos. Por meio de uma pesquisa breve no CNES identificam-se cerca de 180 estabelecimentos habilitados voltados para a saúde mental no Brasil, e apenas 5 estabelecimentos habilitados voltados para a saúde mental infantil. Novamente observa-se a discrepância de oferta entre os serviços voltados para o público adulto, que se apresenta proporcionalmente maior, do que para o público infantil. Isso retoma as observações de Félix (2016) sobre o sucateamento dos ambulatórios e a falta de incentivo à expansão dos mesmos, principalmente no que se refere ao público infantil.

Por meio do levantamento das falas dos psicólogos identificou-se que alguns deles não foram preparados para trabalhar com o público infantil, nem o infantojuvenil. Apesar desse despreparo, muitos percebem a necessidade de ver a criança de uma forma mais ampla, sem

focar no diagnóstico. Além disso, identificam a infância como uma fase diferente da fase adulta e que precisam de intervenções distintas. Sendo assim, a maioria dos psicólogos mencionam um trabalho constante de desmistificar o que realmente é um problema na infância e o que se refere a comportamentos esperados para essa etapa da vida: como estar agitado, brincar muito, chorar quando algo não acontece da maneira esperada. Essa questão traz à tona o que já foi discutido no capítulo 3, a respeito da infância anormal no Brasil, na qual as vertentes construídas em torno da psiquiatria infantil, como o degeneracionismo o evolucionismo e a psiquiatria preventiva, contribuíram para a elaboração de diagnósticos dos transtornos mentais, os quais rotulam comportamentos cotidianos como transtornos mentais e tendem a classificar como anormais os comportamentos comuns na sociedade.

Os psicólogos, conforme seus relatos, mencionam que há muitos encaminhamentos tanto da escola como de outros setores da saúde de casos de crianças que apresentam comportamentos que fogem do padrão esperado como normal pela sociedade, na busca de que o psicólogo realize um trabalho de disciplinarização e pedagogização das crianças. Este olhar retoma a questão histórica e social, também tratadas no capítulo 3.3 de que os saberes da psicologia alavancados pelo higienismo, começaram a estabelecer os limites entre o normal e o anormal para os comportamentos infantis. Além de que, por meio da construção, organização e aplicação de testes, importantes para o campo educacional para ordenar as classes escolares bem como as classes especiais, os psicólogos por muito tempo realizaram ações de pedagogização da infância. No entanto, mesmo com esse histórico, os psicólogos atualmente por meio dos seus relatos têm buscado a desconstrução desse papel.

Para além dos psicólogos, por meio dos relatos nas pesquisas, os demais profissionais dos CAPSi compreendem o sentido de saúde mental infantil como sinônimo de adaptação social, ou seja, como um pedido de “conserto” de crianças com comportamentos destoantes por parte dos dispositivos da educação, da saúde e da justiça. Esse dado remonta o quadro do

período republicano brasileiro debatido no capítulo 3.2, no qual a infância passa a ser vista como etapa distinta da vida adulta, sendo que neste contexto, surgem diversas instituições, como as envolvidas no complexo tutelar, e um corpo de especialistas, dentre eles médicos, educadores, psicólogos, psiquiatras, a fim de gerir os riscos da infância, especificamente a infância pobre. As ações higienistas propunham práticas normativas-jurídicas que visavam um cuidado tutelado da infância: da criança pobre (deficiência social), a criança com doença mental (deficiência mental) e as crianças delinquentes (deficiência moral), as quais ao estar inseridas em ideais preventivos, pois, poderiam apresentar riscos para a população.

Além disso, conforme os relatos dos profissionais das equipes do CAPSi, a infância é vista como um período da vida que está em construção e como um período de irresponsabilidade, apesar disto, veem a responsabilidade dos pais sobre as crianças e os pais veem a responsabilidade dos profissionais sobre elas. Essa ideia de irresponsabilidade e imaturidade da criança, que ainda é um ser em construção, remete ao que já foi discutido no capítulo 3, sobre o conceito de infância. Retoma-se a noção desenvolvida na idade moderna de um sentimento de infância enquanto etapa distinta da vida adulta, considerada nesse momento, como um ser frágil que necessita de cuidados específicos como dos pais, dos profissionais da saúde e educação. Em relação aos pais compreenderem que as crianças são responsabilidade da instituição, revemos a questão da “terceirização da infância”, indicando na atualidade a delegação dos cuidados integrais com as crianças para outras pessoas, como as instituições.

Nos discursos dos profissionais do CAPSi também é mencionada a necessidade de qualificação do profissional de saúde quanto à temática da saúde mental infantil. Sendo que pela falta de capacitação, a maioria que buscou aprender mais sobre essa realidade partindo da própria experiência de trabalho no CAPSi com as crianças.

Além disso, os profissionais percebem a importância da integralidade das ações nos dispositivos, mas identificam que para isso é necessário acordos entre a equipe para haver um funcionamento. Assim, embora haja dificuldades quanto às ações integrais, quanto à realização de apoio matricial, alguns profissionais buscam a desconstrução de ideias médicas, orgânicas e higienistas de outros momentos históricos que perpetuaram os dispositivos de saúde mental.

Por fim, para a maioria dos profissionais entrevistados, o trabalho que desenvolvem têm importância no seu desenvolvimento pessoal. Porém retratam a desvalorização profissional e financeira, bem como as dificuldades no que concerne à implantação das políticas, que muitas vezes afetam suas intervenções. Essa situação retoma o debate quanto ao desmonte em torno das políticas de saúde mental brasileira, principalmente no que se refere à saúde mental infantil, bem como, infantojuvenil.

6 CONSIDERAÇÕES (NADA) FINAIS

Esta dissertação caminhou no sentido de tentar responder minimamente as seguintes perguntas: existe alguma noção de saúde mental infantil? Existe somente uma noção ou várias noções sobre a saúde mental infantil? Ou reproduz-se a noção de saúde mental dos adultos para as crianças? Diante de um dispositivo que insiste em colocar o médico em sua centralidade, como o psicólogo atua em equipe exercendo um trabalho adequado destinado à infância? É possível para o psicólogo neste contexto orientar suas práticas de modo a desenclausurar as subjetividades das crianças? Como o psicólogo pode construir esse caminho? Ele possui a compreensão básica para se movimentar na direção da desconstrução manicomial?

Por meio do andar até aqui podemos realizar algumas pontuações que levam à identificação de que há uma noção de atenção à saúde mental infantil, mas a mesma ainda está

em construção. Iniciativas de construir uma Política voltada para a Saúde Mental Infantil são recentes e advém do panorama da Reforma Psiquiátrica em conjunto com a criação dos CAPSi que permitiram uma atenção psicossocial para a infância. Entretanto, apesar de haver uma proposta psicossocial, a partir dos estudos levantados o que se observa é uma tendência, ainda, pelas práticas de ações biomédicas, que privilegiam o diagnóstico e a medicalização como primordiais e centrais na condução dos casos.

Sendo assim, há muitos encaminhamentos de queixas escolares e queixas comportamentais para os dispositivos de saúde mental infantil, de forma equivocada, o que resgata o modelo higienista e os movimentos de normalização dos corpos infantis. Por meio da minha experiência no CAPSi Denise Resende do Amaral também trago um pouco das minhas observações. Desde o tempo em que estou no dispositivo observo uma falta de compreensão por parte da população e das instituições de quais são as demandas do CAPSi. Existem muitos encaminhamentos relacionadas a queixas escolares e pedidos judiciais destinados ao CAPSi para casos que são tratados como “problemas” devido a certos comportamentos “desviantes” como a agressividade. Muitas vezes, o contexto que gerou os comportamentos não é analisado e o CAPSi se torna o destinatário e depositário de problemas, sem que antes haja uma análise de qual o papel desse dispositivo e de como os casos podem ser conduzidos pelos outros setores da rede de saúde.

Conforme Foucault (2001), por muito tempo as práticas de cuidado em saúde sofreram um atravessamento da pedagogização, em que os médicos e os especialistas passaram a prescrever modos de comportamentos e vigilância voltados para as crianças. Vemos por meio desta pesquisa a cobrança por parte de alguns dispositivos como as escolas, os conselhos tutelares e as UBSs para que o psicólogo assuma essa posição de “conserto” das crianças problemas, de normalização ou de pedagogização das mesmas. No entanto, por meio dos relatos das experiências dos psicólogos, a maioria desses profissionais reconhecem a infância

enquanto uma etapa distinta da vida adulta, além disso, percebem a noção de saúde mental infantil enquanto um processo de desconstrução de diagnósticos e de desmistificação do seu trabalho enquanto um trabalho clínico que busca a normalização dos comportamentos.

Além dos psicólogos, os demais profissionais da equipe do CAPSi também relataram em suas experiências o reconhecimento da infância enquanto uma etapa distinta da vida adulta, que requer cuidados específicos devido a ser um processo em construção. Essa perspectiva retoma o conceito de tutela da infância, muito abordado no período republicano no país. A equipe reconhece a saúde mental também como uma área de pedido de normalização dos comportamentos das crianças.

Consoante o documento “Caminho Para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil” (Brasil, 2005), a saúde mental infantojuvenil deve envolver a desconstrução da demanda enquanto demanda de tratamento, o que em muitos casos implica um trabalho de desconstrução e ação junto a outras instituições do que a saúde mental infantojuvenil deve abarcar. Como exemplo, quando a escola realiza encaminhamentos de problemas de aprendizagem ou de indisciplina, há a necessidade de desconstrução desse papel destinado aos dispositivos de saúde mental.

Em oposto, os serviços de saúde mental infantojuvenil, conforme o Ministério da Saúde (Brasil,2005), devem garantir e assumir uma função social que se afaste do fazer técnico do tratamento, e que englobe ações de acolhimento, escuta, cuidado, de forma a possibilitar ações de autonomia e emancipação dos usuários, promovendo uma melhor qualidade de vida das pessoas portadoras de sofrimento mental. De maneira a entendê-lo como “[...] um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro.” (p.14).

Por meio dos dados levantados, o psicólogo, de modo geral, compreende a saúde mental enquanto um processo de execução de desconstrução: de diagnósticos, de conceitos que retomam ao trabalho apenas técnico do psicólogo. Reconhecem seu lugar enquanto atores sociais de acolhimento e escuta do sofrimento psíquico das crianças, vendo as mesmas enquanto seres singulares e como distintos da etapa de vida adulta. O que vai ao encontro com as proposições do documento “Caminho Para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil” (Brasil, 2005) e com as “Referências Técnicas para a atuação de psicóloga (os) nos CAPS-Centro de Atenção Psicossocial” (CFP, 2022).

Dentre as ações apontadas para o psicólogo nos dispositivos de saúde mental: o acolhimento, a construção de um PTS, a participação em atividades grupais e na atenção em situações de crises, a atuação no apoio matricial. Por meio das pesquisas encontradas, vemos que, na maioria dos casos, os psicólogos atuam seguindo esses pressupostos. No entanto, no que tange ao apoio matricial há uma dificuldade de articulação entre as equipes de atenção básica e do CAPSi para executar ações integras na saúde mental infantil. Essa questão reflete o discurso dos psicólogos e dos demais profissionais das equipes dos CAPSi sobre não terem uma formação e uma capacitação adequada voltada para a atuação o público infantil, sendo que muitos deles mencionaram a necessidade de conhecimento para melhor articulação.

Para Zanini (2015), a necessidade de capacitação das equipes de saúde do CAPSi torna-se necessária e vão para além de receitas e técnicas, devem provocar o questionamento do trabalhador quanto à gestão e às políticas, a fim de que ele não se conheça apenas como um simples executor de ações.

Para além das ações propostas nos documentos que concernem à saúde mental infantil, outras formas de intervenções do psicólogo foram achadas, conforme as experiências retratadas nos estudos, dentre elas: a desconstrução de preconceitos, a orientação realizada aos

pais, trabalho com a equipe do CAPSi, a intersetorialidade com a escola, os grupos GAM, a ambiência e ambientoterapia e os atendimentos ambulatoriais.

Por meio da minha experiência e atuação no CAPSi Denise Resende do Amaral, identifico que atualmente os psicólogos realizam no local a condução de grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas e atendimentos ambulatoriais voltados para o público infantojuvenil. No mesmo local funciona o Centro TEA destinado ao atendimento de crianças com diagnóstico de autismo. No Centro TEA há a estimulação precoce de crianças até cerca de 7 anos. Após essa idade elas são encaminhadas para oficinas terapêuticas destinadas ao autismo no CAPSi. Durante o tempo em que estou ali percebo um cuidado por parte dos psicólogos em escutar e acolher as demandas, identificando as mesmas enquanto seres diferentes dos adultos e que necessitam de um acompanhamento diferenciado. Há uma tentativa, apesar das dificuldades de verba, em realizar uma ambiência no local para que as crianças possam expressar suas subjetividades. Nesta direção, há também uma tendência à desconstrução de conceitos e preconceitos enraizados pela sociedade como a supremacia da medicação no tratamento.

Destarte, por meio dos relatos de experiências e das análises documentais, vemos que em alguns momentos há a tendência dos psicólogos de retomada de ações pautadas em práticas normalizadoras e centradas em alguns paradigmas: no saber psiquiátrico, na patologização, na normalização, se afastando da atenção psicossocial. Como vemos nas orientações realizadas aos pais, dado que muitas vezes, são feitas no intuito de responsabilizá-los ou culpabilizá-los. Resgatando, por sua vez, o agir especialista voltado para um controle sutil da infância. Esse controle, também, pode ser identificado em alguns relatos em oficinas terapêuticas de artesanatos, em que se buscou um enquadramento da forma adequada de fazer as atividades nas oficinas, retirando a possibilidade de significação subjetiva. Vemos também que os profissionais veem a infância enquanto uma instituição, uma etapa de vida de imaturidade, que necessita de intervenções. Neste ponto, são retomados os conceitos

higienistas de prevenção e de tutela destinada à infância, a qual precisaria de cuidados específicos dados pela saúde, educação, família e justiça.

Lemos (2007) destaca a tendência observada pelos profissionais por uma temporalidade produtiva das crianças, traduzindo um refinamento da tecnologia de adestramento das crianças, as quais precocemente são incluídas no sistema de subjetivação capitalística. De tal forma, o distanciamento do brincar esperado como “normal” para cada fase do desenvolvimento, tende a gerar um olhar de patologização pelos profissionais que passam a indicar acompanhamentos diversos com psiquiatra, psicopedagogo, entre outros, e gerando crianças muito controladas.

Embora haja essa tendência ao retorno de antigas práticas pautadas em paradigmas biomédicos, houve, também, a busca por parte dos psicólogos de resistências ao saber psiquiátrico e a procura por construções de ações psicossociais voltadas para o resgate subjetivo das crianças em sofrimento psíquico graves, como no caso dos grupos GAMs em que a sobrecarga de cuidados dos pais é acolhida e a medicalização da infância é debatida. Bem como as ações relacionadas à intersetorialidade com a escola, que visam desconstruir o lugar da medicação enquanto um item central no tratamento das crianças. Temos também a ambiência que envolve ações que facilitam a organização ambiental e a adequação dos dispositivos para um atendimento integral da criança, possibilitando um brincar subjetivo.

Como expõe Cervo (2010), é importante que os profissionais dos CAPSi busquem durante suas práticas nos dispositivos de saúde mental infantil ou infantojuvenil analisarem suas atuações se perguntando o que estão fazendo, como estão fazendo e para que estão fazendo, no sentido de resistir às práticas adaptativas e assujeitadoras cristalizadas pela história da saúde mental pautada em um modelo asilar de funcionamento.

Mesmo diante do cenário atual em que os autores discutem o desmonte relacionado à saúde mental, principalmente no que se refere à saúde mental infantil e infantojuvenil, o que

pode ser visto pelo número reduzido de dispositivos habilitados para atender às crianças e adolescentes. Percebemos a necessidade de caminhar no sentido de resistir e promover um caminho em que as políticas de saúde mental infantil e infantojuvenil permitam que essa população seja vista em suas singularidades, como potências, e forças vitais. Assim, os CAPSi enquanto dispositivos de encontro com outras instituições, devem permitir encontros de novas experiências potencializadoras e emancipatórias para esses usuários.

Neste andar, proponho o que Botelho (2014) sinaliza, ou seja, de que “[...] é caminhando que colhemos os efeitos das andanças, traçamos outros caminhos, pegamos atalhos, damos voltas, corremos” (p. 115). Para tanto, mesmo estando em processo de construção, é caminhando em percursos que não apresentam linhas retas, mas desvios, e curvas, que se pode seguir na construção de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes. Ainda, Botelho (2014) sugere pistas para esse caminho: compreender que uma política pública não está dada na política de Estado, mas se faz na realidade das relações cotidianas. Entender que as ações de cuidado podem ser renovadas no imprevisto, o que coloca a importância de um trabalho coletivo, de mobilização de atores e soluções decididas em conjunto com os profissionais, usuários, familiares e outros equipamentos. Essa força coletiva é a que permite a continuidade das políticas.

REFERÊNCIAS

- Abrão, J. L. F. (2001). A história da psicanálise de crianças no Brasil. In *A história da psicanálise de crianças no Brasil* (pp. 240-240).
- Abrão, J. L. F. (2020). Os primórdios da Psiquiatria Infantil e seus reflexos no Brasil. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 37. <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2020.14698>
- Agamben, G. (2005). Infância e História: destruição da experiência e origem da história. Belo Horizonte: Editora UFMG/Humanitas.
- Agamben, G. (2005). O que é um dispositivo. *Outra travessia*, 5(2), 9-16. <https://campodiscursivo.paginas.ufsc.br/files/2020/04/TEXT0-10-O-que-%C3%A9-um-dispositivo-Agamben.pdf>
- Amarante, P. (org.) (1995). *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 142 p. ISBN 978-85-7541-327-2.
- Amarante, P. (2000). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. SciELO-Editora FIOCRUZ
- Amarante, P. (2000). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Andrade, L. F. O. de. (2014). *Crianças e o CAPSi: do imperativo ao hiperativo. Qual o tratamento*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco.
- Antipoff, H. (1930). A psicologia na Escola de Aperfeiçoamento de Belo Horizonte. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 3(7), 226-243. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000500007>
- Appolinário, F. (2007). Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico. In *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico* (pp. 300-300).
- Arbex, Daniela (2013). *Holocausto brasileiro* / Daniela Arbex. – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial.
- Arce, M. P. (2015). *Hacia un discurso emancipador de los derechos de las niñas y los niños*. Lima: IFEJANT.
- Arendt, H. (1961). The crisis in education. In H. Arendt, *Between past and future: six exercises in political thought* (pp. 173-196). New York: Viking

- Ariès, P. (2021). *História Social da Criança e da Família*. 3.ed. Rio de Janeiro. Editora LTC.
- Áspera, M. D. G. D. C. H., Freitas, J. M., Ribeiro, I. B. P. D. M., & Paula, E. M. A. T. D. (2003). O Estatuto da Criança e do Adolescente, ainda um ausente na escola. *SEMOC-Semana de Mobilização Científica-O Estatuto da Criança e do Adolescente, ainda um ausente na escola*.
- Assumpção Jr, F. B. (1995). *Psiquiatria infantil brasileira: um esboço histórico*. Lemos.
- Autuori, M. (2018). *Encontros e Desencontros no Processo de Encaminhamento Psicológico Infantil*. (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Baptista, V. (1938). Seção de menores anormais do Hospital Central de Juqueri. *Arquivos Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, ano 2, (3-4), p.251-258
- Barbosa, A. A., & Maria das Graças, S. (2008). A concepção de infância na visão Philippe Ariès e sua relação com as políticas públicas para a infância. *EXAMÁPAKU*, 1(1)
- Barros, J. A.C. (1983). Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Revista Saúde Pública*, São Paulo.
- Batstra, L., Nieweg, E. H., & Hadders-Algra, M. (2014). Exploring five common assumptions on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 103(7), 696–700. <https://doi.org/10.1111/apa.12642>
- Bauman, Z. (1999). *O mal-estar da pós-modernidade*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.
- Beltrame, M. M. (2010). *Infância e saúde mental: reflexões sobre a dinâmica de trabalho de um CAPSi* (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá.
- Beltrame, M. M., & Boarini, M. L. (2013). Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. *Psicologia: ciência e profissão*, 33, 336-349.
- Benevides, R. B., & Passos, E.(2004). Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum*. 19(20), 159–71.
- Bernardy, A. S. & de Souza Zamo, R. (2016). Ambientoterapia: um estudo teórico. *Revista de Psicologia da IMED*, 8(1), 52-58. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v8n1p52-58>
- Bertoletti, J., & Garcia-Santos, S. C. (2012). Avaliação do estresse na obesidade infantil. *Revista Psico*, 43(1), 32-38.
- Birman, Joel. e Costa, Jurandir Freire (1994). Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*: Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 41-52.
- Blikstein, F. (2012). *Destinos de crianças: estudos sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

- Blom, K. B. (2018). *Oficina do brincar: um dispositivo clínico lógico-lexical para crianças “que ainda não brincam”*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Borges, V. T., & Caponi, S. (2018). A assistência psiquiátrica a crianças anormais no Hospital Colônia Sant’Ana (Santa Catarina, Brasil, 1940). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25, 1239-1259.
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/HNfx76qRp6vtH9jPXLNGtdy/abstract/?lang=pt>
- Botelho, I. C. (2014). *Narrando experiências, montando ca(u)sos : análises das práticas de cuidado na saúde mental infantojuvenil*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.
- Botelho, R. U. (1993). *Uma história da proteção à infância no Brasil: da questão do menor aos direitos da criança e do adolescente - 1920-1990*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-graduação em História, Universidade de Brasília, Brasília.
- Braga, E. (1931). Os elementos psicho-sociológicos nos programas de ensino. *ABHM*, Rio de Janeiro, 4(1), 3-16.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). Diário oficial da União. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004a). Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental. 1990-2004. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004b). Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). Dados estatísticos sobre a saúde mental no Brasil. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera Tabela de Procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial – RAAS. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde (2014). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006, dezembro). Saúde mental em dados 3, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1 (3).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011, janeiro). Saúde mental em dados 8, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1 (3).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2005). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, (Série B. Textos Básicos em Saúde)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2005). DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.
- Bueno, A. R. (2013). Terapia ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil: revelando as ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. (2023). Consulta estabelecimentos CAPS infantil. [Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde \(datasus.gov.br\)](https://datasus.gov.br)
- Caliman, L. V. (2014). *As práticas farmacológicas com o metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.
- Campos, R. C. (2022). *Psicose e autismo na infância: uma abordagem psicanalítica do diagnóstico diferencial a partir do corpo e da linguagem*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 19(2), 529-549. <https://www.scielo.org/pdf/physis/v19n2/v19n2a16.pdf>
- Caponi, S. (2010). Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça. Ed. Unisul.
- Caponi, S. (2011). As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. *Scientiae Studia*, 9, 29-50. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662011000100003>
- Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. SciELO- Editora FIOCRUZ.
- Caponi, S. N. (2018). Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. *Saúde e Sociedade*, 27, 298-310. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180146>
- Caponi, S.; Valencia, M. F. V.; Verdi, M.; Assmann, S. J. (2013). A medicalização da vida como estratégia biopolítica. São Paulo, SP:LiberArs, 2013.
- Cardozo, A. C. A. (2014). Do infantil ao mal-estar: uma questão para a psicanálise. (Dissertação de Mestrado em Psicanálise). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Castel, R. (1981). *A gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

- Castel, R. (1983). De la dangerosité au risque. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47(1), 119-127.
- Castel, R. (1987). A gestão dos riscos. In *A gestão dos riscos* (pp. 198-198).
- Cavalcante, A. (1943). Crianças anormais. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 7(1), 17-20.
- CDC-Center for Disease Control and Prevention. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8. *Surveillance Summaries*, 67(6), 1-23.
- CDC-Center for Disease Control and Prevention. (2023). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8. *Surveillance Summaries*, 67(6), 1-23.
- Cervo, M. da R. (2010). *Entre doces e travessuras: a produção da infância no CAPSi*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande Sul, Rio Grande do Sul.
- Christofari, A. C. (2022). Medicalização na infância: disciplinamento, controle e punição. *Zero-a-Seis*, 24(Especial), 685-713.
- Coelho, A. B. D. S. R. (1999). Política de proteção à infância e adolescência e descentralização. *Serviço Social & Sociedade*, ano XX, (60).
- Cohn, C. (2005). *Antropologia da criança*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Coimbra, C. M. B. Cidadania e processos de inclusão e exclusão social: a construção da identidade. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, v. 06, n. 1 e 2, 1994
- Coimbra, C.M.B.; Ayres, L.S.Nascimento, M. L (2009). Pivetes: encontros entre a Psicologia e o Judiciário. Curitiba: Juruá., p. 60-61.
- Collares, C. A. L.; Moysés, M. A. A. A. (1994). Transformação do Espaço Pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação). *Revista Ideias*, UNICAMP, 23, 25-31.
- Colomé, Carolina Schmitt; Maliska, Juliana Kuster de Lima e Zappe, Jana Gonçalves. Condução de um caso de violência contra a criança: relato de experiência. *Rev. SPAGESP*, Dez 2021, vol.22, no.2, p.104-117. ISSN 1677-2970
- Conrad, P., & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Temple University Press.
- Conselho Federal de Psicologia. (2022). Referências Técnicas para a atuação de psicóloga (os) nos CAPS- Centro de Atenção Psicossocial. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – ed. rev. — Brasília.[crepop_CAPS_web.pdf \(cfp.org.br\)](https://crepop.caps.web.pdf(cfp.org.br))
- Corso, D. L.; Corso, M. (2006). *Fadas no divã, psicanálise nas histórias infantis*. Porto Alegre: Artmed.
- Costa, J. F. (1989). Ordem médica e norma familiar. In *Ordem médica e norma familiar* (pp. 282-282).

- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168.
- Costa-Rosa, A. D. (2012). A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29, 115-126.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, 1, 13-44.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, 390-398.
- Crusoé, A. C. V. U., & Azevedo, F. G. (2017). A atuação dos/as psicólogos/as em centros de atenção psicossocial (CAPS): uma análise de relatos de experiências no Nordeste. Trabalho de Conclusão de Especialização apresentado ao curso de graduação em Saúde Mental e Atenção Básica da Escola Bahiana de Medicina.
- Cruz, M. G. A., Okamoto, M. Y., & Ferrazza, D. A. (2016). O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(58), 703-714. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0575>
- Cruz, N. F. O.; Gonçalves, R. W. & Delgado, P. G.G. (2020). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18 (3). DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.
- Cunha, C. C., & Boarini, M. L. (2011). O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*. <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/83/150>
- Da Silva, C. G. P. P. (2011). Código Mello Mattos: um olhar sobre a assistência e a proteção aos “menores”. <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/14406/14406.PDFXXvmi...>
- David, E. de C. (2018). *Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- De Carvalho, P. R., & Mansano, S. R. V. (2017). Família e biopolítica: a destruição da intimidade nas sociedades contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, 22(2), 265-276. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v22i2.34803>
- De Castro, L. R. (2002). A infância e seus destinos no contemporâneo. *Psicologia em Revista*, 8(11), 47-58.
- De Menezes, S. M. M. (2016). Adultização da infância pela mídia: uma leitura sócio-histórica. *Psicologias*, 2.

- De Paula, É. M. (2018). Assistência aos alienados: o decreto 1.132/1903 e os colonialismos da primeira república no Brasil. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 6(16), 03-10. <https://doi.org/10.16891/609>
- Decreto n. 1.132, de 22 de Dezembro de 1903. (1903). Lei de assistência aos alienados.
- Decreto n. 24.559, de 3 de Julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências
- Del Priore, Mary (Org.). 2015. História das crianças no Brasil. 7ª ed. São Paulo: Contexto.
- Deleuze, G. (1992) *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Delfini, P. S. S., Dombi-Barbosa, C., Fonseca, C. F. L., Tavares, C. M., & Reis, A. O. A. (2009). Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19(2), 226-236. <https://doi.org/10.7322/jhgd.19913>
- Delfini, P.S.S. (2010). Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- Devera, D., & da Costa Rosa, A. (2007). Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 20-20. <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>
- Dias, F. W. de S. (2012). *A percepção dos trabalhadores da Rede de Atenção à Infância sobre a loucura em crianças: possíveis impasses para o objetivo de (re)inserção social proposto pelo atual modelo brasileiro de reforma psiquiátrica*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.
- Donnangelo, M. C. F., & Pereira, L. (1979). Saúde e sociedade. In *Saúde e sociedade* (pp. 124-124)
- Donzelot, J. (1980). A polícia das famílias. In *A polícia das famílias* (pp. 209-209).
- Doron, C. O. (2015). Felix Voisin and the genesis of abnormals. *History of Psychiatry*, 26(4), 387-403. <https://doi.org/10.1177/0957154X15604789>
- Dos Santos, J. D., & Molina, A. A. (2019). Infância e história: a criança na modernidade e na contemporaneidade. *Travessias*, 13(1), 189-204.
- Engel, M. (2002). Psiquiatria e feminilidade. *História das mulheres no Brasil*, 3, 322-361.
- Falavina, O. P., & Cerqueira, M. B. (2008). Saúde mental infantojuvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. *Espaç. saúde (Online)*, 34-46. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-516426>
- Fanlo, L. G. (2011). ¿ Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A parte rei*, Revista de Filosofia 74, 01-08. <https://philarchive.org/rec/FANQE>

- Faria, A. C. (1942). Relatório do diretor do Hospital Colônia Sant'Ana. (Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Sant'Ana, São José).
- Félix, L. B. (2016). *(In)visibilidades no campo da saúde mental infantojuvenil: tessituras e desenlaces na construção da atenção psicossocial e do cuidado em rede*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco.
- Fernandes, A. D. S. A., & Matsukura, T. S. (2016). Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. *Temas em Psicologia*, 24(3), 977-990. <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513754280011.pdf>
- Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., Lussi, I. A. O., Ferigato, S. H., & Morato, G. G. (2020). Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 725-740. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF187>
- Fernandes, C. J., Lima, A. F. D., Oliveira, P. R. S. D., & Santos, W. S. D. (2020). Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>
- Fernandes, N. (2009). *Infância, direitos e participação: representações, práticas e poderes*. Tese de Doutorado. Porto: Afrontamento.
- Ferreira, J. de S. P. (2016). *Memórias de uma viagem cartográfica : a Gestão Autônoma da Medicação e o exercício do cuidado no Capsi de Vitória*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.
- Ferreira, J. P. D. S. P., Caliman, L. V. C. V., & César, J. M. (2021). A gestão autônoma da medicação e o exercício do cuidado. *Revista Polis e Psique*, 11(2), 9-28. [v11n2a02.pdf \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org/v11n2a02.pdf)
- Figueira, A. (1910). Educação médico-pedagógica das crianças atrasadas. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria Neurologia e Medicina Legal*, 6(1-2), 320-331.
- Flick, U. "Introdução à pesquisa qualitativa". Trad. Joice Elias Costa. 3. ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Fonseca, C. (2004). "Os direitos da criança – dialogando com o ECA". Em: Fonseca et al. *Antropologia, diversidade e direitos humanos: diálogos interdisciplinares*. (pp 103-115) Porto Alegre/RS: UFRGS.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder* (8ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Foucault, M. (1988). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e Punir: a história da violência nas prisões*. 19. ed. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2002). *Em defesa da sociedade*. 3. ed. – Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes.

- Foucault, M. (2010). *Vigiar e Punir* (4a ed.) Petrópolis, RJ: Vozes
- Foucault, M. (2010). Vigiar e punir: nascimento da prisão. In *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (pp. 291-291).
- Foucault, M. (2012). *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal.
- Foucault, M. (2013). De espaços outros. *Estudos avançados*, 27, 113-122.
- Foucault, M. (2015). *História da Sexualidade – I: A Vontade do Saber* (2a ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, K. (2017). *Educação e Saúde Mental: Uma análise sobre queixas escolares em um CAPSi de Salvador- BA*. (Dissertação de Mestrado em Educação). Universidade Federal da Bahia, Bahia.
- Freitas, M. C. D. (1997). História social da infância no Brasil. In *História social da infância no Brasil* (pp. 312-312).
- Frota, A. M. M. C. (2007). Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 7(1), 147-160.
- Furtado, J. P., & Campos, R. O. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 8(1), 109-122. <https://doi.org/10.1590/1415-47142005001011>
- Gagnebin, J. M. (1997). *Sete aulas sobre linguagem, memória e história*. Rio de Janeiro: Imago
- Galton, F. (1889). *Natural inheritance*. Nova York: Macmillan.
- Galvão, T. F., Pansani, T. D. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 24, 335-342.
- Garcia, G. Y. C. (2015). *Panorama de assistência em saúde mental infantojuvenil em Centros de Atenção Psicossocial no Brasil*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Bahia.
- 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, Educação*, 16, 21-34. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>
- Giusti, K. G. (2016). *A medicalização da infância: uma análise sobre a psiquiatrização da infância e sua influência na instituição escolar*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Góes, C. M. de C. *A clínica psicanalítica com crianças em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces e controvérsias*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Bahia.

- Gomes R., Sthéfani; de L. M. C. R. (2011). *É assim que deve ser: o governo das famílias e os serviços de assistência em saúde mental infantil*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco.
- Gomes, A. M., & Nascimento, M. D. (2003). Infância, adolescência e proteção: produção histórica e crítica do presente. *Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades*, 321-326.
- Gonçalves, L. G. (2018). *A participação de crianças e familiares no cuidado em saúde mental : um grupo GAM no CAPSi de Vitória-ES*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.
- Grunspun, H. (1992). *Distúrbios Psiquiátricos da criança*. São Paulo: Atheneu
- Guattari, F., & Rolnik, S. (1986). *Micropolítica, cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes
- Gutting, G. (2005). *Foucault: A very short introduction* (Vol. 122). Oxford University Press.
- Henick, Angelica Cristina; Faria, Paula Maria Ferreira de. 2015. História da infância no Brasil. In: Anais: XII Congresso Nacional de Educação–EDUCERE. IX Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar–ENAEH. III Seminário Internacional de Representações Sociais-Educação–SIRSSE. V Seminário Internacional Sobre Profissionalização–SIPD-Cátedra UNESCO, Curitiba: PUCPR p. 25824-25834.
- Hermida, J. F. (2021). Criança e infância na obra de Philippe Ariès e nos clássicos da História Social da Classe Operária: em busca das crianças invisíveis–as crianças proletárias. *Revista Polyphonia*, 32(2), 17-38.
- Hillesheim, B e Cruz L. R.(2008). Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. *Revista Psicologia e Sociedade*. 20 (2), p. 192-199. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000200006>
- Hoffmann, M. C. C. L., Santos, D. N., & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 633-642
- Jozefczyk, A. M. (2021). *As relações de cuidado “dia e noite” em um CAPS infantojuvenil III na perspectiva de profissionais e do usuário*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Kappel, V. B. (2018). *O olhar dos familiares/cuidadores sobre a comunicação estabelecida com profissionais de saúde na saúde mental*. (Tese de Doutorado em Atenção à Saúde). Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais.
- Kobori, E. T., & da Silva, R. F. (2022). A problemática da infância na contemporaneidade. In *Revista Fórum*. 4 (1).
- Kramer, S. (1995). *A política do pré-escolar no Brasil - A arte do disfarce*. São Paulo: Cortez.
- Kripka, R., Scheller, M., & Bonotto, D. L. (2015). Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. *CIAIQ2015*, 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>

- Lacerda, C. R. (2009). *Relação entre o encaminhamento de crianças para atendimento psicológico e diagnóstico psiquiátrico dos pais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.
- Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990&totalArquivos=176>
- Leitão, I. B., Dias, A. B., Tristão, K. G., Ronchi, J. P., & Avellar, L. Z. (2020). Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. *Psicologia USP*, 31. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190011>
- Leite, C. D. P. (2011). Infância, experiência e tempo. *Coleção PROPG Digital (UNESP)*.
- Lemos, F. C. (2007). *Crianças e adolescentes entre a norma e a lei: uma análise foucaultiana*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual Paulista, Assis.
- Lemos, F. C. S. (2012). Práticas de governo das crianças e dos adolescentes propostas pelo UNICEF e pela UNESCO: inquietações a partir das ferramentas analíticas legadas por Foucault. *Psicologia & Sociedade*, 24(n. spe.), 52-59
- Lemos, F. C. S., & Cardoso Júnior, H. R. (2009). A genealogia em Foucault: uma trajetória. *Psicologia & Sociedade*, 21, 353-357. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000300008>
- Lemos, F. C. (2007). A apropriação do brincar como instrumento de disciplina e controle das crianças. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 7(1). [Microsoft Word - v7n1a08.doc \(bvssalud.org\)](#)
- Liga Brasileira de Higiene Mental 1931 Editorial. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 4(1).
- Lipp, M. E. N. (2008). O stress da criança e suas consequências. In M. E. N. Lipp (Org.), *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções*. São Paulo: Papyrus
- Lopes, E. (1930a). Resenha de Os factores pessoais, em suas relações com a saúde do trabalhador. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 3 (2), pp. 54-5.
- Lopes, E. (1930b). Resenha de A higiene mental do operário. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 3(7), pp. 257-8.
- Lourau, R., & Ardoino, J. (2003). As pedagogias institucionais. *Trad. João B. Martins e Heliana Rodrigues*. São Carlos: Rima Edit, 2.

- Lourenço, M. C. (2020). *Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis e o cuidado a crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista e suas famílias*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Machado, R. et al. (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal
- Machado, T. A. G. (2008). *A utilização da consulta terapêutica como técnica de intervenção em um ambulatório de saúde mental infantil*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Maciel, M. de A. (2011). *Vinde a mim as criancinhas: histórias, memórias e leituras de um tempo presente da saúde mental infantojuvenil*. (Tese de Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Manara, K. M. (2020). *O processo de tomada de decisão no tratamento de crianças com indicadores de TDAH : percepções de profissionais de CAPSI*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Manfroi, E. M. (2007). *Cartografia da reinvenção de uma rede de acolhimento, cuidado e integralidade em saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Vale do Rio do Sinos, Rio do Sinos.
- Masanera, A. R., & Silva, L. C. D. (2000). A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. *Psicologia em estudo*, 5, 115-137.
<https://www.scielo.br/j/pe/a/VSY9ddmBqr4ZmNXgDJr6j9g/abstract/?lang=pt>
- Marchi, R. D. C., & Sarmiento, M. J. (2017). Infância, normatividade e direitos das crianças: transições contemporâneas. *Educação & Sociedade*, 38, 951-964.
- Marchi, V. de. (2005). *A busca da integralidade nas ações dos profissionais de saúde mental: um desafio cotidiano*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.
- Marcílio, M. L. (1998). História social da criança abandonada. In *História social da criança abandonada* (pp. 331-331).
- Marcos Cezar de Freitas (org.). 2016. *História Social da infância no Brasil*. 9. ed. rev. e atual. — São Paulo : Cortez.
- Margotto, L. R. (2001). Criança e educação moral: evolução e psicologia na imprensa pedagógica paulista. *Dos arquivos à escrita da história: a educação brasileira entre o império e a república no século XIX*. Bragança Paulista: Ed. da Universidade de São Francisco.
- Martins Filho, J. (2012). *A criança terceirizada*. São Paulo: Papyrus.
- Martins, D. C. (2009). *Estatuto da Criança e do Adolescente e Política de Atendimento*. Curitiba, PR: Juruá Editora

- Martins, M. F. (2017). *A Trama paradoxal no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes usuários de drogas*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Marx, K. (2013). O capital: o processo de produção do capital. *Livro I*, 2.
- Melo, D. de. (2017). *O cuidado à saúde mental da criança em uma Estratégia de Saúde da Família*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul
- Minayo, M. C. D. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2016). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In Pesquisa social: teoria, método e criatividade (pp. 95-p).
- Ministério da Saúde. (2005). Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil. Secretaria de Atenção à Saúde (série B), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. [05_0379_M.indd \(saude.gov.br\)](#)
- Ministério da Saúde. (2010). Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. [HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS \(saude.gov.br\)](#)
- Monarcha, Carlos (2010) Escola “Pacheco e Silva” anexada ao Hospital de Juqueri (1929-1940). Bol. Acad. Paulista de Psicologia, São Paulo, Brasil - V. 78, no 01/10, p. 7-20. <https://www.redalyc.org/pdf/946/94615157002.pdf>
- Moretto, C. C. (2008). *Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental: um estudo psicanalítico*. (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Moretto, Cybele Carolina; Conejo, Simone Peixoto e Terzis, Antonios O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. *Vínculo*, Jun 2008, vol.5, no.1, p.55-67. ISSN 1806-2490
- Mota, A. de O. (2018). *As formas da alma: psicanálise, estética e criação*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Motta Filho, C. (1935). *São Paulo ea republica: ainda a grande obra de José de Anchieta*. Empresa grafica da" Revista dos tribunais".
- Moura, B. R., Amorim, M. D. F., Reis, A. O. A., & Matsukura, T. S. (2022). Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, 38.
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2014). Mais de um século de patologização da educação. In *Revista Fórum* (Vol. 1, No. 1).
- Muaze, M. F. de A. (1999). *A descoberta da infância: a construção de um habitus civilizado na boa sociedade imperial*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Nalini, K. D. M. (2020). *Ingredientes ativos nos atendimentos dos centros de atenção psicossociais (CAPS) na perspectiva de cuidadores de crianças atendidas: uma teoria fundamentada em dados*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás.
- Nascimento, F. A., & Mandelbaum, B. P. H. (2020). A invenção da norma: a psicologia na Liga Brasileira de Higiene Mental. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 27, 1149-1167. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000500007>
- Neto, João Clemente de Souza (2000). História da Criança e do Adolescente no Brasil. Revista unifieo, revista semestral do Centro Universitário FIEO – ano 2, nº 3.
- Neves, M. D. S. (2010). O grande mal no Cemitério dos Vivos: diagnósticos de epilepsia no Hospital Nacional de Alienados. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 17, 293-311. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000600002>
- Nogueira, M. A. (2005). A relação escola-família na contemporaneidade: fenômeno social/interrogações sociológicas. *Análise Social*, 15(176), 563-578.
- Nunes, E. (2003). A gramática política do Brasil—clientelismo e insulamento burocrático 3. ed. *Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., Brasília, DF/ENAP*.
- Oliveira J. T. (2014). O código de menores Mello Mattos de 1927: a concepção de menor e de educação no período de 1927 a 1979. *TCC. Londrina*.
- Oliveira, F. de (2003). "Política numa era de indeterminação: opacidade e reencantamento". Em: Silva, F. T. da; Naxara, M. R. C. & Camilotti, V. C. (orgs.) *República, Liberalismo, Cidadania*. Piracicaba/SP: UNIMEP.
- Oliveira, P. S. de. (2018). *Experimentações no apoio matricial em saúde mental para crianças e adolescentes na atenção básica: a busca pela aprendizagem coletiva*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Oliveira, W. V. D. (2013). *A assistência a alienados na capital federal da primeira república: discursos e práticas entre rupturas e continuidades*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- Organização das Nações Unidas. (2012). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Mapa do Progresso de 2012*. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais; 2012.
- Organização Mundial da Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946- 2017)* [cited Mar 21 2017]. <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- Osório, L. C. (1988). *Ambientoterapia na infância e adolescência*. Editora Movimento: ensaios 6.
- Pacheco e Silva, A. C. (1926). *A assistência a alienados nos Estados Unidos e na Europa*. São Paulo: s.n.

- Pacheco e Silva, A. C. (1940). *Psiquiatria clínica e forense*. São Paulo: Nacional.
- Pagni, P. Â. (2010). Infância, Arte de Governo Pedagógica e Cuidado de Si. *Educação & Realidade*, 35(3).
- Paicheler-Harrous, G., Patto, M. H. S., & Moreira, L. E. D. V. (2018). A invenção da psicologia moderna.
- Pande, M. N. R., Amarante, P. D. D. C., & Baptista, T. W. D. F. (2020). Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2305-2314.
- Passetti, E. (1999). Sociedade de controle e abolição da punição. *São Paulo em perspectiva*, 13, 56-66. <https://doi.org/10.1590/S0102-88391999000300008>
- Paulon, S. M., & Romagnoli, R. C. (2010). Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 10(1), 85-102. <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844631007.pdf>
- Perez, C. D. (2017). *O diagnóstico de transtorno de conduta: incidências no campo da saúde mental da infância e adolescência*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Pérez-Ramos, A. (1983) *Diagnóstico Psicológico. Implicações psicossociais na área do retardo mental*. São Paulo: Cortez Editora.
- Pinto, R. F. (2005). *CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- PNE (2014). *Planejando a próxima década: conhecendo as 20 metas do Plano Nacional de Educação*. Brasília, MEC.
- Portocarrero, V. (2002). *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Editora Fiocruz.
- Quinderé, P. H. D., & Jorge, M. S. B. (2010). (Des) construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. *Saúde e Sociedade*, 19, 569-583. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300009>
- Rago, M. (1985). Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar. *Rio de Janeiro: Paz e terra*, 27-31.
- Rancière, J. (1996). *desentendimento: política e filosofia*, O. Editora 34.
- Ranña, W. 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.Y. (org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010

- Reis, A. O. A., Delfini, P. S. D. S., Dombi-Barbosa, C., & Bertolino Neto, M. M. (2010). Breve história da saúde mental infantojuvenil. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*.
- Rey, P. M. (2012). O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15, 382-403.
<https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200012>
- Ribeiro, K. C.R. (2018). *Algumas reflexões sobre as vozes do sofrimento psíquico na infância e na família contemporânea*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual Paulista, São Paulo.
- Ribeiro, P. R. M. (2003). A criança brasileira nas primeiras décadas do século XX: a ação da higiene mental na psiquiatria, na psicologia e na educação. In M. L. Boarini (Org.) *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil* (pp. 71-93). Maringá, PR: EDUEM
- Ribeiro, P. R. M. (2006). História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicologia em estudo*, 11, 29-38.
- Rizzini, Irene (1997b). O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. Rio de Janeiro: Universitária Santa Úrsula.
- Rizzini, Irene (Org.) (1997a). *Olhares Sobre a Criança No Brasil - Séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula/Amais.
- Rizzini, Irene; Pilotti, Francisco.(2011). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. 3ª ed. São Paulo: Cortez.
- Rocha, L. D. F. da. (2016). *Desenvolvimento social na infância no contexto de um CAPSi do interior de Pernambuco*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco.
- Rocha, R. D. C. L. (2002). História da infância: reflexões acerca de algumas concepções correntes.
- Roma, G. W. (2021). *“Evitando que se tornem perniciosos à sociedade”: a criança anormal e o pavilhão Bourneville”(1921- 1929)*. (Dissertação de Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Ronchi, J. P. (2012). *Ambiência e saúde mental : um estudo no CAPSi de Vitória-ES*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.
- Ronchi, J. P., & Avellar, L. Z. (2010). Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. *Psicologia: teoria e prática*, 12(1), 71-84.
<https://www.redalyc.org/pdf/1938/193814418007.pdf>
- Ronchi, J. P., & Avellar, L. Z. (2015). Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi. *Psicologia em revista*. 21(2), 379-397. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015V21N2P378>

- Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9, 460-483. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003007>
- Sá, I. D. G. (2011). As crianças e as idades da vida. IN: MATTOSO, José (dir.). História da vida privada em Portugal – A Idade Moderna. Lisboa: Círculo de Leitores & Temas e Debates, 2011.
- Salvador, D. B., & Pio, D. A. M. (2016). Apoio matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. *Saúde em Debate*, 40, 246-256. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611119>
- Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2020). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Sanglard e Gisele et al (2011). Filantropía, assistência y epidemias en Brasil. *Dynamis*, Granada, v. 31, n. 1, pp. 13-20.
- Sanglard, G. & Ferreira, L. (2014). Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro. 27, 71-91.
- Sanglard, G., & Ferreira, L. O. (2010). Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*, 26, 437-459.
- Santiago, E. S. (2014). *O trabalho como estratégia de atenção em saúde mental: cartografias do conceito de trabalho nas políticas públicas de saúde*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual Paulista, Assis.
- Santos, A. S. (2017). *Uma abertura da máquina do mundo: cogestão e conversa como exercícios de cultivo de margens por entre as rachaduras dos muros*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.
- Santos, P. L. D. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 11, 315-321.
- Sayão, R. Filhos... melhor não tê-los? (2011). In J. G. Aquino, S. Rizzo, R. Sayão, Y. de La Taille. *Família e educação: quatro olhares* (pp. 17-48). São Paulo: Papirus.
- Sêda, E. *A criança e sua Convenção no Brasil: pequeno manual*. São Paulo: CRP/6ª Região.
- Silva, J. S. N., Ferrazza, D. A., & Leite, H. L. (2022). Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
- Silva, R. B., & Bonatti, G. L. (2019). Reflexões sobre a clínica ampliada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). *Psicologia Revista*, 28(2), 379-394.
- Silva, R. de P. G. da. (2013). *The diagnosis of autism: dilemmas and challenges in transmitting the Família*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco.

- Silva, R. P. D. (2008). *Medicina, Psiquiatria e Educação para a Infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX*. (Dissertação de Mestrado). COC/Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Silva, R. P. V. da. (2020). *Caps IJ e escolas: a necessidade de encontros nas diferenças* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sinibaldi, B. (2013). *Mapeamento da demanda de saúde mental infantil em um município de pequeno porte*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista. São Paulo.
- Sudbrack, U. G. (2004). O extermínio de meninos de rua no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, 18 (1): 22-30. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000100004>
- Teixeira, S. F. (1997). Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *SAÚDE E DEMOCRACIA DEMOCRACIA DEMOCRACIA DEMOCRACIA*, 163.
- Tenório, F. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*, 17 (1), 79-91
- Trega, BPW; Martins, JS; da Silva, RB.(2019). Políticas Públicas de Saúde Mental Infantojuvenil: Da Baixa Assistência à Estratégia de Apoio Matricial. *Revista Mosaico - 2019 Jul/Dez.*; 10 (2): 10-16. <https://doi.org/10.21727/rm.v10i2.1921>
- Unicef. (2002). *Situação da adolescência brasileira*. Brasília: Unicef.
- United Nations Children's Fund - UNICEF. (2001). Relatório: Situação da infância brasileira. Brasília: UNICEF.
- Vechiatto, L., & Alves, A. M. P. (2019). A saúde mental infantojuvenil e o Caps-I: uma revisão integrativa (Mental Health Children and youth and Caps-I: an integrative review). *Emancipação*, 19(1), 1-17. <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.19.0003>
- Venâncio, R. P., Marcílio, M. L., da Fonte, T. A., & do Nascimento, A. C. (2010). *Uma história social do abandono de crianças: de Portugal ao Brasil: séculos XVIII-XX*. Editora PUC Minas.
- Viana, B (2015). *Um lugar para os ditos anormais: assistência psiquiátrica às crianças e jovens na primeira década do Hospital Colônia Sant'Ana, 1942- 1951*. (Dissertação de Mestrado em História). Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.
- Viana, M. A. (2018). Infância contemporânea: institucionalização e cerceamento. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 7(2), 47-68.
- World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz

Zaniani, E. J. M. (2015). *Entre potências e resistências: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da atenção psicossocial*. (Tese de Doutorado) Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo.