



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DANILO JOSÉ GOULART DOS SANTOS

**ALGUNS PARADOXOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTOJUVENIL:  
ENTRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A MEDICALIZAÇÃO**

CAMPINAS  
2020

DANILO JOSÉ GOULART DOS SANTOS

**ALGUNS PARADOXOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTOJUVENIL:**

**ENTRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A MEDICALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, na área de concentração Interdisciplinaridade e Reabilitação.

ORIENTADOR: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO

FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO

ALUNO DANILO JOSÉ GOULART DOS SANTOS, E ORIENTADA PELA

PROFA. DRA. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Santos, Danilo José Goulart dos, 1988-  
Sa59a Alguns paradoxos do centro de atenção psicossocial infantojuvenil : entre a reforma psiquiátrica e a medicalização / Danilo José Goulart dos Santos. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Kelly Cristina Brandão da Silva.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Serviços de saúde mental para crianças. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Medicalização. I. Silva, Kelly Cristina Brandão da, 1972-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Some paradoxes of the psychosocial care center for children and adolescents : between psychiatric reform and medicalization

**Palavras-chave em inglês:**

Child mental health services

Psychiatric reform

Medicalization

**Área de concentração:** Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Titulação:** Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Banca examinadora:**

Kelly Cristina Brandão da Silva [Orientador]

Helenice Yemi Nakamura

Rafael Christofolletti

**Data de defesa:** 02-10-2020

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-4036-2076>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/9647140885457572>

---

# **COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**DANILO JOSÉ GOULART DOS SANTOS**

---

**ORIENTADOR: KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA**

---

## **MEMBROS TITULARES:**

**1. PROFA. DRA. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA**

**2. PROFA. DRA. HELENICE YEMI NAKAMURA**

**3. PROF. DR. RAFAEL CRISTOFOLETTI**

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no  
SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 02/10/2020**

## Resumo

O presente trabalho tem por objetivo discutir a produção de práticas de cuidado em relação à infância e adolescência do CAPS Infantojuvenil, a partir dos horizontes éticos da reformulação das políticas de atenção psicossocial da reforma psiquiátrica. A reforma psiquiátrica brasileira propôs um novo paradigma de cuidado do sofrimento psíquico, se opondo às internações e ao modelo estritamente biomédico da doença mental, bem como à passividade do paciente e seus familiares no processo de tratamento. A reforma é efetivada a partir da consolidação do modelo substitutivo, que tem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estabelecidos através da portaria do Ministério da Saúde nº 336, de 2002, seu dispositivo central de referência ao cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico. Essa proposta tem por objetivo romper a perspectiva manicomial destinada e consolidada historicamente ao tratamento no campo da saúde mental. Um dos desafios existentes nesse campo se refere às questões que permeiam a infância, uma vez que a frequente patologização e a medicalização dos processos de desenvolvimento infantil e comportamentos desafiadores às normas vigentes tornam-se temas a serem investigados. Isso se dá devido à organização da sociedade na contemporaneidade, a partir de práticas neoliberais que cooptam o sofrimento por meio da lógica medicalizante dos diagnósticos produzidos no campo da Saúde Mental, respaldados pela indústria farmacêutica. Outro ponto a ser considerado é o de que o desenvolvimento infantil está marcado pela visão maturacional, em que o sujeito não está pronto, em comparação com o ideal adulto. Em contrapartida, a compreensão da infância como um momento acabado em si mesmo mantém o caráter enigmático desse período, um eterno devir infância, e não corrobora práticas normatizadoras que pretendem a formatação dos sujeitos a partir de condutas de enquadramento. Foi utilizada para essa pesquisa a metodologia qualitativa para a coleta e a análise de dados, a partir de entrevistas semiestruturadas com profissionais com ensino superior de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis de uma regional do interior do Estado de São Paulo, que estivessem atuando há mais de um ano no serviço. A análise dos dados foi realizada a partir da perspectiva foucaultiana, assim como do conceito de medicalização e das leis da reforma psiquiátrica brasileira. A partir das análises foi possível apontar algumas contradições existentes relacionadas aos modelos de funcionamento institucional, a ausência clara das concepções da infância e adolescência, bem como a predominância da centralidade do poder médico psiquiátrico nos processos de subjetivação e cuidado ofertados. Conclui-se que há necessidade de se investigar ainda mais o campo da saúde mental de crianças e adolescentes, os CAPSij. Devemos compreender de fato quais estratégias emancipam, produzem saúde, minimizam os sofrimentos e ajudam tantas famílias com as dificuldades de crianças e adolescentes que tanto sofrem. Os CAPSij são serviços em constante construção, que o fazer diário é desafiador diante da ausência de construções psicopatológicas claras para seus trabalhadores e que o papel centralizador do psiquiatra ainda é um desafio a ser vencido juntamente com a sociedade.

Palavras-chave: CAPS Infantojuvenil; Reforma Psiquiátrica; Medicalização.

## Abstract

This paper aims to discuss the production of care practices in relation to childhood and adolescence of CAPS Infantojuvenil, from the ethical horizons of the reformulation of psychosocial care policies. The Brazilian psychiatric reform proposed a new paradigm for the care of psychological suffering, opposing hospitalizations and the strictly biomedical model of mental illness, as well as the passivity of patients and their families in the treatment process. The reform is effected from the consolidation of the substitutive model, which has in the Psychosocial Care Centers (CAPS), established through the ordinance of the Ministry of Health nº 336, of 2002, its central reference device for the care of subjects in psychological distress. This proposal aims to break the asylum perspective destined and historically consolidated for treatment in the field of mental health. One of the existing challenges in this field refers to the issues that permeate childhood, since the pathologization and medicalization of child development processes and behaviors that defy current regulations become topics to be investigated. This is due to the organization of society in contemporary times based on neoliberal practices that co-opt suffering through the medicalizing logic of diagnoses produced in the field of Mental Health, supported by the pharmaceutical industry. Another point to be considered is that child development is marked by the maturational view, in which the subject is not ready, in comparison with the adult ideal. However, the understanding of childhood as a finished moment in itself maintains the enigmatic character of that period, an eternal becoming of childhood, and does not corroborate normative practices that intend to format subjects based on framing behaviors. For this research, the qualitative methodology for the collection and analysis of data was used, based on semi-structured interviews with professionals with higher education in Child and Adolescent Psychosocial Care Centers in a regional in the interior of the State of São Paulo, who had been working for more than one year in service. Data analysis was carried out from the Foucault perspective, as well as the concept of medicalization and the laws of the Brazilian psychiatric reform. From the analyzes it was possible to point out some existing contradictions related to the models of institutional functioning, the clear absence of the concepts of childhood and adolescence, as well as the predominance of the centrality of psychiatric medical power in the processes of subjectification and care offered. It is concluded that there is a need to further investigate the field of mental health of children and adolescents, the CAPSij. We must really understand which strategies emancipate, produce health, minimize suffering and help so many families with the difficulties of children and adolescents who suffer so much. The CAPSij are services in constant construction, that daily practice is challenging in the absence of clear psychopathological constructions for its workers and that the central role of the psychiatrist is still a challenge to be overcome together with society.

*Keywords: Child and Youth CAPS; Psychiatric Reform; Medicalization.*

## Sumário

|  |     |
|--|-----|
| Apresentação   | 8   |
| Capítulo 1: Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis e os desafios profissionais: O trabalhador em foco | 12  |
| <b>1.1 A instituição CAPSij</b>  | 15  |
| <b>1.2 O sofrimento psíquico</b>   | 16  |
| <b>1.3 As estratégias terapêuticas</b>   | 17  |
| <b>1.4 O diagnóstico na infância e adolescência</b>  | 19  |
| <b>1.5 Os desafios da interdisciplinaridade, funcionamento e demanda</b>   | 25  |
| Capítulo 2: CAPSij: entre a reforma psiquiátrica e a medicalização   | 36  |
| <b>2.1 Levantamento das pesquisas sobre CAPSij</b>   | 36  |
| <b>2.2 Análise e Discussão</b>   | 38  |
| <b>2.2.1 A loucura e o poder psiquiátrico</b>  | 40  |
| <b>2.2.2 A medicalização do cuidado na infância</b>  | 47  |
| <b>2.2.3 A família no cuidado da criança e do adolescente</b>  | 53  |
| <b>2.2.4 Os serviços substitutivos</b>   | 57  |
| <b>2.2.5 – Desafios atuais</b>   | 70  |
| Considerações Finais   | 87  |
| Referências Bibliográficas   | 94  |
| Apêndices  | 99  |
| Questionário para a entrevista dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial                               | 90  |
| Termo de consentimento livre e esclarecido   | 100 |
| Anexo  | 104 |
| Parecer consubstanciado do CEP   | 104 |

## Apresentação

A escolha desse tema para minha dissertação inicia-se juntamente com minha prática profissional. Sou chamado a trabalhar, como servidor público, em uma prefeitura de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, na função de psicólogo escolar. Nesse momento fui apresentado aos desafios cotidianos da escola pública, entre eles, o fracasso escolar e as dificuldades em se trabalhar com crianças oriundas de culturas diferentes, marginalizadas e pobres.

Diante disso, passei a me incomodar e a buscar entender que movimentos e discursos a Educação e a Psicologia poderiam construir a fim de auxiliar na subjetivação de sujeitos autônomos e desalienados. Contudo, diante das adversidades e das queixas cotidianas das equipes escolares, o que ouvia era a busca de respostas estandardizadas para comportamentos e processos de aprendizagens que fugiam do esperado, do ideal.

Dessa forma, a resposta demandada pelo campo educacional era medicalizante. As explicações, diversas vezes, descontextualizavam a história de cada sujeito, as violências das periferias, as configurações familiares singulares, os distintos tempos de desenvolvimentos e, principalmente, as configurações das institucionais escolares. A tudo isso, a literatura chama de medicalização, em que respostas médicas e da saúde individualizam processos complexos e profundos. Tudo isso me indignava e, muitas vezes, me sentia impotente diante de uma realidade hostil, em que imperava a força das narrativas organicistas de parte da medicina e da psicologia. Afinal, respostas individuais determinam a manutenção da sociedade e das instituições, a fim de que suas práticas não sejam questionadas, obedecendo o *status quo*.

Fui transferido três anos depois para a Secretaria da Saúde. Fui alocado em um recém-inaugurado CAPSij. Nesse momento da história, o serviço funcionava como um ambulatório de saúde mental, ofertando apenas atendimentos individuais e semanais para crianças e adolescentes que chegavam com queixas referentes aos comportamentos desviantes. Nesse sentido, contrário à proposta da reforma psiquiátrica brasileira, o CAPS reproduzia uma lógica centrada no adoecimento psíquico do sujeito,

desconsiderando suas relações familiares, escolares e comunitárias, bem como a convivência terapêutica com a finalidade de reestabelecer laços sociais muitas vezes fragilizados.

Com o tempo, a equipe foi crescendo e o trabalho se fortalecendo, no sentido antimanicomial. Pequenas experimentações de ambiência e grupos nasceram e assim cinco anos seguiram. Construimos um serviço, que coordenei nos últimos dois anos, pautado em novas abordagens em saúde mental para crianças e adolescentes, contra a lógica opressora e medicalizante. Na região, nós nos transformamos em referência no cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento intenso, com vidas, muitas vezes, paralisadas e ausência de relações comunitárias.

No ano de 2018, com a clara polarização política no país e seus distintos projetos de Brasil, o impacto de pensamentos conservadores, liberais e manicomiais retornou com força, exemplificados pelas novas políticas de saúde mental, de acordo com a nota técnica, nº 11/2019, em que se privilegiava o tratamento em Comunidades Terapêuticas, financiadas por igrejas pentecostais, bem como o aumento do financiamento público de leitos em hospitais psiquiátricos. Após quase 20 anos de reforma psiquiátrica, ações de censura a projetos com adolescentes, como o lambe-lambe – pequenos cartazes em que frases e desenhos expressavam pensamentos e sentimentos, foram compulsoriamente retirados do serviço. Porém, ainda seguimos. Em 2019, após muita pressão de outras instituições e da própria Secretaria de Saúde, o serviço é desmontado.

Assim, sou transferido para a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), para trabalhar com famílias em extrema pobreza e com vínculos fragilizados. O CAPS, antes referência em cuidado, agora sob nova gestão, retoma práticas manicomiais. Facas são retiradas do uso cotidiano, acessos aos espaços são proibidos, a ambiência é desmontada, assembleias para decisões democráticas são canceladas, adolescentes em uso abusivo de drogas são transferidos e os usuários passam a frequentar a instituição em horários estipulados, em grupos separados por “patologias”.

Apesar desse novo cenário, é possível compreender que há espaço para cuidar de pessoas sob outra lógica. Foi possível, anteriormente, construir um serviço público de qualidade, que garantisse a singularidade e a liberdade das pessoas. Foi possível produzir alegria em vidas esfaceladas. E se foi possível um dia, também será possível, adiante, reconstruir.

Esse desmonte está em total consonância com o tempo sombrio em que vivemos. Tempo de ódio às minorias, aos pobres e negros desse país. Tempo de desmonte de políticas públicas e da democracia.

Todo esse percurso, mesmo antes do atual processo de desmonte, suscitou-me sempre o mesmo incômodo: por que ainda permanecem práticas manicomiais mesmo diante de uma política de reforma psiquiátrica inédita no mundo e tão bem fundamentada? Daí parti para minha pesquisa, com base na discussão de autores contemporâneos que discutem medicalização, patologização, biopolítica, história da loucura e poder psiquiátrico, fundamentados em Foucault, além da análise dos documentos legais referentes à Saúde Mental. O principal objetivo do trabalho foi discutir a produção de práticas de cuidado em relação à infância e adolescência do CAPS Infantojuvenil, a partir dos horizontes éticos da reformulação das políticas de atenção psicossocial da reforma psiquiátrica.

No primeiro capítulo dessa dissertação, faço uma breve exposição do território pesquisado, o qual faz parte de uma região do interior de São Paulo, a metodologia empregada na pesquisa e posteriormente descrevo as perguntas disparadoras referentes às entrevistas realizadas, assim como fragmentos das respostas, com a finalidade de apresentar o material coletado em campo.

No segundo capítulo apresento brevemente os achados científicos, coletados entre março e maio de 2020 através das plataformas científicas Scielo, PubMed e BVSPsi, na sequência o trabalho busca analisar criticamente as entrevistas a partir de constructos teóricos de Foucault e seus contemporâneos, bem como da Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir dos dados coletados através das entrevistas. A análise proposta por Foucault não obedece a uma cronologia dos fatos, pois seus estudos pretendem construir a partir de documentos históricos uma genealogia. Com isso, não é correto afirmar que o

autor buscou identificar o início das proposições, mas sim evidenciar certos aspectos de verdades presentes em detrimento de outras suprimidas pelo tempo.

E ao fim do trabalho são realizadas as considerações finais, momento este em que o autor tece a partir das reflexões possíveis algumas considerações sobre o material estudado.

## **Capítulo 1: Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis e os desafios profissionais: O trabalhador em foco**

A presente pesquisa foi realizada em uma região do interior do Estado de São Paulo. A Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo é organizada em divisões administrativas pelos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. A partir deste decreto, o Estado foi desmembrado em 17 Departamentos de Saúde que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil.

A portaria do Ministério da Saúde no. 3.088, de dezembro de 2011, promulgou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno ou sofrimento no âmbito do SUS. Nesse sentido, para a realização da pesquisa, a DRS X – Piracicaba foi a divisão administrativa estudada (1). Nesse departamento inclui-se a RAPS 14, que contém 5 CAPS ij (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil), equipamento substitutivo aos hospitais psiquiátricos determinados pela lei 10.216 de 2011 e portaria do Ministério da Saúde nº 336 de 2002, objeto de pesquisa dessa dissertação (2,3).

A DRS – X é composta por 26 municípios, representando 3,5% da população do estado, segundo dados do IBGE do ano de 2017. Esse departamento conta com 29 serviços de atenção psicossocial, dentre eles 5 CAPS I, 4 CAPS II, 1 CAPS III, 5 CAPSij, 4 CAPSad, 6 ambulatórios de Saúde Mental, 2 ambulatórios de saúde mental infantojuvenil e 2 hospitais psiquiátricos. Um dos hospitais psiquiátricos não tem convênio com o SUS, recebendo pacientes particulares e de planos de saúde. Esses dois hospitais psiquiátricos que compõem a região são de grande porte, promovendo historicamente práticas manicomiais, que compreendem a internação como dispositivo de cuidado, o que promove uma certa cultura manicomial na região, sendo expressa por lógicas de hospitalização em casos de sofrimento psíquico intenso. A partir de tais dispositivos, a existência concreta de manicômios, evidenciam-se aspectos importantes da luta antimanicomial que tem por princípio a

desinstitucionalização das práticas hospitalocêntricas, bem como os paradigmas que compõem novas formas de cuidado (4).

Para a realização da presente pesquisa, foram realizadas entrevistas com dois profissionais de nível superior de cada equipamento, que atuam na saúde mental de crianças e adolescentes há mais de um ano. A participação foi voluntária. Um CAPSij foi excluído das entrevistas, pois o pesquisador era trabalhador e coordenador de tal equipamento, o que possibilitaria maior possibilidade de vieses nas entrevistas.

O objetivo foi investigar as representações de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil a respeito do funcionamento do serviço, concepção psicopatológica da infância e da adolescência e trabalho interdisciplinar.

As entrevistas ocorreram no período entre março e outubro de 2019, sendo realizadas de acordo com as disponibilidades dos trabalhadores e serviços. Conforme estipulado pelo pesquisador, as entrevistas duraram em média 30 minutos. Ao fim, foram entrevistadas 8 trabalhadoras, sendo 2 terapeutas ocupacionais, 1 médica pediatra, 1 fonoaudióloga, 1 assistente social e 3 psicólogas. A atuação dos profissionais nos serviços variaram de 14 anos e 2 anos, sendo uma média de 6,5 anos de atuação. Todos os entrevistados são funcionários públicos e os serviços também são de responsabilidades das secretarias municipais de saúde. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, sendo que esta foi realizada apenas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O participante foi orientado a ler o documento com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas com o pesquisador antes ou mesmo depois de assiná-lo.

Foi garantido aos participantes que a identidade seria mantida em sigilo e nenhuma informação seria dada a outras pessoas que não fizessem parte da equipe de pesquisadores. No resultado desse estudo, os nomes dos participantes não são citados.

Não houve despesas pessoais para os participantes. Também não houve compensação financeira relacionada à sua participação. O estudo foi feito durante a rotina de trabalho.

A seguir apresento um tabela com as iniciais utilizadas com a finalidade de preservar as identidades das participantes, bem como o tempo de trabalho na saúde mental de crianças e adolescentes e sua respectiva profissão.

| <b>Inicial do nome</b> | <b>Profissão</b>      | <b>Tempo de trabalho</b> |
|------------------------|-----------------------|--------------------------|
| A.                     | Fonoaudióloga         | 2 anos                   |
| D.                     | Terapeuta Ocupacional | 14 anos                  |
| Lz.                    | Assistente Social     | 10 anos                  |
| L.                     | Psicóloga             | 8 anos                   |
| V.                     | Médica                | 14 anos                  |
| F.                     | Psicóloga             | 6 anos                   |
| AC.                    | Terapeuta Ocupacional | 3 anos                   |
| P.                     | Psicóloga             | 4 anos                   |

Tabela 1: Lista de identificação das participantes

As questões foram abertas e perpassaram os seguintes temas: funcionamento do serviço, a concepção psicopatológica da infância e da adolescência, o trabalho interdisciplinar e o objetivo geral do CAPSij.

A presente pesquisa de mestrado utilizou a metodologia qualitativa para a coleta e a análise de dados.

“O verbo principal da análise qualitativa é compreender. [...] Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de um pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo que se insere”(5).

Turatto (6) corrobora a escolha dessa metodologia, ao afirmar que

“[o] interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos”(6).

Considerando tal abordagem, a metodologia adota “um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma

ordem que é invisível ao olhar comum”. Para tal análise foi definido o método clínico-qualitativo, voltado especificamente para as experiências em saúde (6).

“No campo da saúde, elas oferecem [pesquisas qualitativas] subsídios para a compreensão do ponto de vista dos usuários, profissionais e gestores sobre os mais diferentes aspectos: a lógica do sistema, a qualidade dos serviços, e nas representações sobre saúde, adoecimento, morte, entre outros temas” (7).

A pesquisa teve parecer aprovado pelo Comitê de Ética da UNICAMP, registrado na Plataforma Brasil sob o nº 3.035.010.

A seguir apresentarei alguns trechos das entrevistas para posterior análise crítica. As questões disparadoras abordaram aspectos “sobre o papel do CAPSij, o entendimento sobre o sofrimento psíquico, as tecnologias de cuidado utilizadas, a importância e os critérios diagnósticos, a origem do transtorno mental, o trabalho interdisciplinar, a rotina e o funcionamento do CAPSij e a demanda do serviço”.

### **1.1 A instituição CAPSij**

Em relação a primeira pergunta, na opinião do entrevistado, qual seria o papel do CAPSij obtivemos os seguintes achados.

Para as entrevistadas, o objetivo do CAPSij é *“atender crianças que têm alterações psiquiátricas, problemas psiquiátricos graves e severos, transtornos, esquizofrenias, patologias mais psiquiátricas, aonde a gente pode ter acolhimento, um atendimento familiar, atendimento especializado para essa clientela, acredito que seja isso”*, segundo A.

Também foi afirmado o papel do acolhimento e do trabalho com as famílias. *“É acolher, né? Essa população que a gente vê com bastante sofrimento, né? Fazer um trabalho junto com as famílias, porque muitas vezes eles não entendem o que estava acontecendo com os filhos, os adolescentes ou tem outro entendimento que não seja de uma doença, né. Então acolher, cuidar e tratar, né?”* respondeu D.

Apareceram também questões relativas ao papel de reabilitação psicossocial para a participante Lz, *“seria mais a inserção dessas crianças na vida dela, né? Reintegrar essas crianças na vida, a maioria delas estão fora de*

*escola, tem dificuldades no relacionamento familiar. Então mais voltado para esse aspecto, no meu caso”.*

E ainda, para L, *“é auxiliar as crianças, adolescentes e as famílias. No enfrentamento do sofrimento, né? Período de grande sofrimento”.*

V, outra entrevistada, pontua o papel do CAPSij e sua especificidade: *“além de tratar o transtorno mental grave, eu vejo muito o CAPS como um órgão de prevenção, né? Porque a gente tem recebido cada vez mais crianças mais novas, né? E aí a gente acaba acolhendo e tentando fazer o direcionamento nesse sentido. Eu acho que o CAPS Infantil ele foge um pouco do princípio do CAPS, por a gente lidar com criança, por essa criança estar numa escola a maioria delas, né? E não tem aquele, aquele coiso, aquela realidade de patologia instalada que a gente tem no CAPS Adulto, né?”*

O papel do médico também foi um aspecto apresentado por F.: *“dar um cuidado para uma faixa etária específica das crianças e um cuidado diferenciado daquele de ambulatório, vai lá medica e pronto. Tem um cuidado, muitas vezes a gente evita medicar, a gente tem um cuidado pra passar pelo médico, inclusive pela especificidade da idade né, a gente acredita em um desenvolvimento que a criança vai ter com a intervenção psicoterapêutica. Muito importante esse propósito de tirar, só medica... medicou, acabou... não, tem um outro tipo de cuidado. Acho importante pra essa faixa etária, principalmente”.*

## **1.2 O sofrimento psíquico**

Na sequência da entrevista, questionou-se sobre o entendimento em relação ao sofrimento psíquico. Nesse sentido, afirmações como *“eu ainda estou entendendo. Porque eu tenho 20 anos de formada trabalho 20 anos na prefeitura, mas fazem (sic) dois anos que estou no CAPS”.* A entrevistada A segue dizendo que *“algumas patologias que eu não conhecia que eu nunca trabalhei, então comecei a ler e estudar”.*

Para outra entrevistada, D., o entendimento sobre o sofrimento psíquico apresenta razões geracionais: *“eu acho que essa geração está muito diferente até da geração dos próprios pais. Então, há uma divergência muito grande de ideias”.*

Outras respostas sobre o entendimento do sofrimento psíquico são referentes à sua manifestação. Lz. relata que o *“sofrimento compromete algumas áreas da vida da criança, de repente quando a criança está fora da escola, criança que não consegue ter amigos uma criança que está isolada, que se tranca no quarto”*.

F. diz que o sofrimento psíquico é aquele que *“traga algum prejuízo na rotina, na socialização e no entendimento e desenvolvimento da própria criança e adolescente também”*.

Nessa resposta, há menções relacionados a uma possível etiologia no processo de adoecimento psíquico. De acordo com V, outra entrevistada, *“ver muito, os diversos fatores atuando no sofrimento psíquico, né? E com esses anos de experiência a gente vem aprendendo muito a importância maior no quadro genético que antes quando eu saí da residência de pediatria, por falta de conhecimento eu não acreditava muito nisso, né? A gente via mais com a parte ambiental, achando que a gente poderia estar atuando prevenindo e fazendo alguma mudança nesse sentido. Claro que a gente pode, mas que tem muitas outras doenças que a característica genética é bastante predominante, né? Então eu acho que tem multifatorial, o sofrimento psíquico vem de várias causas, da parte ambiental, da família, do sofrimento que a criança passa e também da parte genética de onde vem essa criança, da formação genética que ela herda da família dela”*.

Contraopondo-se à explicação genética, também são observadas respostas que buscam na subjetividade explicações para o sofrimento psíquico. Segundo F, *“de um mesmo estímulo que desperta e que muitas vezes a gente acha pouco, mas a pessoa tá num sofrimento muito grande, é a percepção dela, é o interno dela, a gente tem que respeitar e tentar trazer e com o que ela conseguir expressar isso pra gente... mas tem muito essa questão que às vezes acontece: ‘mas passou por tanta coisa e não sofre! O outro só por causa disso.’ Não é o sofrimento, é a percepção de cada um, a subjetividade de cada um”*.

### **1.3 As estratégias terapêuticas**

Na sequência, foram questionadas quais as tecnologias usadas no cuidado com os usuários do serviço. Seguem alguns trechos das entrevistas.

Para A., “dinâmicas de grupo, eu trabalho com grupos de adolescentes, minha clientela está mais para os adolescentes. E grupo de Pais, eu tenho dois grupos de Pais e dois, três grupos de adolescentes. Criança, eu não estou atendendo os pequenos. E os adolescentes me encantaram, eu tenho trabalhado muito dinâmica, eu tenho trabalhado muito roda de conversa, e eu comecei há um ano atrás um curso de Mindfulness, meditação, eu quero trazer para cá. Então eu tenho utilizado em alguns momentos a meditação com alguns, tipo 3 minutos. Porque o Mindfulness trabalha com atenção plena, trabalha você estar presente naquilo. Então eu trago algumas coisas disso, é a minha proposta para esse ano, porque o primeiro ano eu fiquei conhecendo, participei de tudo. E aí esse ano já falei para D. (coordenadora do serviço), eu pretendo montar os meus grupos individuais e trazer meditação. Eu tenho que fazer o segundo módulo da formação de Mindfulness que eu só fiz a primeira, para mim poder ser, ministrar os grupos de Mindfulness específico. E aí perguntar com esses pequenos grupinhos: quem quer? Porque eu tenho alguns adolescentes que falam “ai, eu quero”, “você pode marcar toda semana, que eu quero vim (sic), eu adorei meditar” tem outros que não “Ai, detesto esse negócio, muito parado, né. Porque as pessoas têm aquela imagem de meditação budista, de sentar ficar e o Mindfulness não é, ele é ao contrário, ele é a atenção, ele não é relaxamento, e em contrapartida o relaxamento vem, porque você foca naquilo que você está fazendo”.

Atividades manuais e ocupacionais também apareceram como estratégias terapêuticas para D. “eu vejo na atividade mesmo um recurso muito importante terapêutico, né? Então, assim, eu tenho grupo que tem meninos adolescentes e eles curtem bastante. Até foram (sic) uma solicitação deles pra mim. “Acho que fazendo as atividades a gente consegue falar mais sobre as coisas, então me facilita pela minha formação, né? Mas tem sempre uma atividade, tem sempre uma dinâmica [...] ou mesmo que for o título de um livro vem à tona para discutir sobre aquele tema, né?”

Para Lz., outra participante: “faço acolhimento, eu faço anamnese, visita domiciliar, observação individual, atendimentos individualizados, orientação familiar. E participo de grupos junto com a psicóloga. Participo de oficinas terapêuticas. Tudo, né, no caso a gente faz tudo”.

L. diz que “A gente faz atendimento individualizado geralmente mais com adolescentes nesses casos. E aí é mais conversa mesmo”.

V. diz que “é mais aquele acolhimento, né? O acolhimento ser aberto sempre pronta para ouvir, tomar alguns cuidados quando os adolescentes chegam. Ouvir primeiro o adolescente do que (sic) os responsáveis. Quando são crianças menores a gente primeiro escuta a mãe. Ampliar essa pesquisa para conhecer melhor o paciente. Chamar a vó, chamar cuidador, chamar pai pra gente poder fechar, né? Alguma coisa. Entender melhor o que que trouxe a mãe a procurar o serviço”.

F. especifica o serviço dizendo que “por ser uma faixa etária muito específica, a gente trabalha muito a questão de livros de ler, pedir pra interpretar, mas aí a gente já avança um pouquinho né... como você viu eu tenho Xbox, dá pra trabalhar essa questão de controle de... inibitório no Xbox: “agora não é sua vez, espera!” e vídeos, filmes, a gente usa bastante filmes, porque é um atrativo pra criança, então faz aquele dia diferente... aí vamos fazer comer pipoca, ficar assistindo o filme e depois discute. E o interessante é que eles percebem... podem não dar nomes específicos, mas eles percebem... atualmente estou passando ‘a fábrica de chocolate’, acho que você já assistiu... e foi muito interessante ontem no grupo... o menininho que é... diagnosticado como Asperger. Ele falou: olha! Eles cantam exatamente aquilo que as crianças faziam de errado! Eu achei muito legal, eu não tinha falado nada A discussão vai ser ainda, mas ele já trouxe, ou seja, já fez esse link, que o comportamento tem uma consequência, sem maiores...então a gente acaba usando esses recursos, um pouco limitado pela própria questão pública. A gente tem Xbox, tem televisão, tem livros, dinâmicas, eu gosto muito de trabalhar com dinâmicas. ..muitas vezes dinâmicas projetivas, então eu peço pra... já fiz isso, tem uns brinquedos e eu peço pra contar a vida daquele brinquedo...daquele boneco, bichinho ... é muito interessante porque as crianças não se projetam, elas se jogam né... eles contam a história deles no boneco... eu peço pro grupo dar estratégia para aquele boneco, então fica mais fácil pra eles. ..porque sai daquela questão de falar pro outro, eu tô falando do boneco ... é bem legal”.

#### **1.4 O diagnóstico na infância e adolescência**

O diagnóstico e sua importância no cuidado dos usuários também foi abordado nas questões disparadoras. Alguns trechos da entrevista seguem para ilustrar tal temática.

A importância foi explicitada por A. *“Acho importante, acho que o diagnóstico em algumas patologias é fundamental para a gente dar uma segmentada e saber que caminho vai seguir, mas assim tem alguns que você tem os sintomas e em cima dos sintomas você consegue trabalhar algumas coisas. E depois de um tempo fechar diagnóstico. Então é legal ter, aqui a gente tem o acolhimento que a gente faz observação, a gente faz anamnese e leva o caso para reunião de equipe. Então na reunião de equipe a gente discute, às vezes o médico está junto ele te dá uma clareada. E às vezes, alguns casos, vamos colocar em grupo para ele sentir um pouquinho como ele está. E aí a gente pensa no diagnóstico e fecha e até para não ficar assim, ah rotula e já marca muito, então a gente, eu acho importante”.*

E no mesmo sentido D. também corrobora: *“Eu acho que norteia, né? Dá um caminho pra gente seguir assim, né? Porque se não a gente fica assim, né? É um entendimento da gente, né? A gente tá numa questão aqui no Caps. Que a gente quer muitos conhecimentos das patologias mesmo, estudar.”*

Nesse mesmo sentido seguem as demais entrevistadas: Lz e L.

Lz: *“Eu acho assim que o diagnóstico é importante, né? A gente se baseia um pouco no diagnóstico, mas nem sempre, nem sempre eu acho mais importante. Muitas vezes o contato com a família, a gente tem muitos mais dados do que numa formação de um diagnóstico. Que hoje em dia é tão importante, os professores questionam o diagnóstico, relatório tem que ter diagnóstico e para a criança eu acho tão difícil isso, um rótulo, né? Você já fecha um diagnóstico ali. A gente não costuma fazer isso, não”.*

E L. relativiza o diagnóstico considerando o desenvolvimento. *“Tem toda importância, né? O diagnóstico ou uma hipótese de diagnóstica, porque são crianças, né? E a gente não tem como fechar um diagnóstico nessa fase do desenvolvimento. Tanto que uma hipótese de diagnóstico a gente consegue direcionar melhor o tipo de trabalho que vai ser desenvolvido.”*

A médica V. discute essa questão de forma mais ampla, a partir de sua formação. *“Então, no começo eu era também muito resistente com esse tal do*

*CID, né? Mas a gente sabe que o serviço de saúde mental ele foi estruturado nisso, né? Então a gente chega aqui, quando eu fui convidada para participar do CAPS, por conta da minha especialização do terceiro ano de faculdade, de residência. Precisavam de um médico. Me chamaram e eu vim e já na estruturação a gente parte disso, né? E foi um choque assim pra mim, tipo. É num começo até falar assim: Ah! isso aí não me importa, o diagnóstico não importa, né? Tipo, isso aí é o de menos, que bobagem, né? vamos ver a realidade da criança, vamos tratar independente de CID, independente. E hoje um pouquinho menos resistente a isso que a gente vê que tudo funciona nesse sentido, mas existe todo aquele risco de rotular uma criança muito nova, mas vem se (sic) aprendendo muito a psiquiatria infantil, ela está evoluindo muito. Então os próprios psiquiatras já têm mais autoridade de fazer um diagnóstico cada vez mais precoce. Tem os maiores conhecimentos na área do transtorno do autismo, né? Enquanto isso evoluiu muito de uns dez anos que estou aqui, é uma coisa que mudou muito, a gente tem mais acesso e a gente entende também que o diagnóstico em alguns momentos em algumas realidades, ele vai ajudar pelos direitos que a criança tem, pelas coisas que ela pode conquistar com esse diagnóstico”.*

*V ainda segue: “Mas eu tive sim muita resistência no começo, com essa história de rotular, de dar um CID, mas no serviço mental, da saúde mental funciona através disso. Aqui a gente tenta não rotular assim a criança, é a criança como indivíduo, mas ela tem que ter um CID, né? E o que no começo pra gente era muito dissociado “Ah, isso aí não importa”, a gente começa a entender com os casos mais graves, nas psicoses que são importantes, né? A gente fechar diagnóstico até para garantir direitos mesmo do paciente. Mas é, e a gente ainda é um pouco resistente. Até na pediatria a gente tenta, na medicina tem uma pungência maior, né? A criança não é uma dor de garganta, então tem que estar vendo como a família lida com a doença, o que a gente pode ter, que tipo de orientação posso dar, quanto vão absorver, qual vai ser a adesão ao tratamento, coisas simples, de dar um antibiótico, se você mandar dar de seis em seis horas, e você sabe a mãe que não vai dar”.*

Nesse mesmo sentido, de questionar a importância do diagnóstico, F. relata que “é um tanto quanto secundário, porque você faz um acompanhamento

*levando em conta o sofrimento, o que a criança parte... eu considero assim a gente passa muitas vezes pelo médico, já tem um diagnóstico e eu vou saber do diagnóstico muitas vezes depois que já estou atendendo a criança, porque pra mim não é importante saber que ela tem tal coisa e eu não vou trabalhar isso... não, eu vou trabalhar porque ela tá sofrendo, se ela tá aqui é porque ela trouxe um sofrimento... e depois às vezes pra entender mais coisas, mas mais num sentido de entender o quadro pra pensar estratégias, então é uma criança hiperativa, opa, tem uma questão de impulsividade então eu vou trabalhar o controle inibitório, uma criança com timidez, então promover mais que ela se expresse, pra mim passa por isso. não tem aquela questão 'pra chegar no meu grupo eu preciso saber o que a criança tem'. Ela entra, ela já passou pela equipe, já viu que tem um sofrimento, e se eu sentir necessidade mais pra frente pra estudar mais sobre aquela patologia, pra nortear minhas práticas mesmo é que eu uso a questão do diagnóstico”.*

As entrevistadas também foram questionadas sobre como é realizado o diagnóstico em seus serviços.

*D. conta que “quando está fazendo um acolhimento já mais ou menos pela nossa prática, acha alguma coisa né? Vai que alguém não achou mais alguma coisa né? Aí não são todos os casos que a gente passa pelo médico. Não é protocolo passar no médico aqui, né? Se a gente às vezes tem uma procura de um adolescente que a gente sente que tá meio deprê e tudo mais. Mas que dá pra gente ir levando ponho no grupo, conversa né vai diluindo um pouco aquilo a gente não num (sic) passa pelo médico, não. A gente pensa quando o sofrimento é mais intenso, um isolamento mais significativo, né? Daí a gente se preocupa mais”.*

No serviço em que Lz. trabalha “No primeiro momento passamos pelo médico. no segundo momento a equipe avalia”.

*L. relata que “na observação às vezes em uma observação não é suficiente e aí a gente marca outras observações. Às vezes com outros profissionais que tem diferentes olhares. E dependendo da queixa inicial que a família traz, a gente encaminha pra médico também. Depois em discussão com a equipe, em reunião de equipe, parte técnica junto com os médicos, a gente discute o caso em cima das queixas que foram apresentadas e aí chega a uma*

*hipótese de diagnóstico, um possível diagnóstico. E é trabalhado em cima desse diagnóstico que pode também ser mudado, porque a gente só...a gente chega a uma hipótese, né? E às vezes... e a gente se baseia inicialmente no relato da família”.*

*V. afirma que “normalmente é o psiquiatra ou neurologista que faz o diagnóstico. Em termos de rotular CID, né? De estabelecer um CID, porque a gente vendo o caso sendo ele mais grave ou não a gente tem uma pressa maior ou não de passar no psiquiatra pensando na medicação aí, né? Também no neurologista, pensando na medicação. Então o diagnóstico é feito pelo médico, a gente tem a hipótese, às vezes a criança já vem com uma hipótese diagnóstica de escola de outras entidades, do conselho tutelar e a gente vai tá pesquisando isso, mas quem fecha mesmo é o médico”.*

*F. apresenta o processo diagnóstico de forma a ser pensado a partir de cada caso. “Muitas vezes passa por todo o processo de triagem, a gente já percebe, e se a gente perceber naquele momento de observação, uma necessidade, uma coisa a mais, a gente já marca o médico... então vamos pensar, uma criança que chega e fala que puxou a faca e que pensou em matar os irmãozinhos, opa, passou um pouquinho, já passa com o médico, senão a gente já insere no grupo, de ter contato no grupo, a gente vai ver o que está acontecendo, a gente pede pra passar pelo médico, já teve contato inicial...e muitas pessoas pensam assim: vai passar com tudo primeiro pra depois... não...a gente faz o acolhimento, a escuta inicial da mãe, do pai do responsável, a gente faz anamnese, eu especificamente já gosto de fazer os dois juntos, porque já vai puxando... tem mãe que chega “pápápá’ pronto”, não vamos lembrar mais coisas e já faço junto. Um contato com a criança, aí já tem a percepção do profissional e aí a reunião de equipe, que é a percepção dos outros profissionais. Em alguns casos entra uma consulta no meio, mas depende muito da queixa. Se teve um risco, uma coisa muito grande, tem mãe que pede pra já marcar consulta, porque a escola tá reclamando que ele tá dando trabalho, então precisa... ‘ele é ‘imperativo’ elas falam... mas vamos colocar ele primeiro, vamos ver. muitas vezes a mãe acaba insistindo ou na própria observação você acaba vendo... eu tive uma vez um menina, (paciente atendida), na observação, ele apoiava assim e pulava, não conseguia ficar quieto, eu falei não, esse realmente,*

*a gente tem que pensar num controle medicamentoso... é nesse sentido, a gente faz os quatro momentos, depois passa para os médicos”.*

Questionadas sobre a origem do transtorno mental, as participantes apresentam diversas questões.

A. *“A origem? Hmmmm. Acho que podem ser tantas. Não sei se eu sei te falar isso. (Risos) Mas acho que pode ser, sei lá, tanta coisa. O ambiente, a sociedade, alguma coisa genética, alguma coisa inserida naquele paciente e ele sendo ou não depois de certo tempo ele vir apresentar isso ou algumas patologias, a gente vê que nasce com aquele déficit mental. Então eu acho que tem muitas causas.”*

D. *“Então, eu não sei. Eu penso assim, depois que com essas novas gerações que pai e mãe que todos trabalham fora, né? Eu acho que os filhos ficam um pouco, não sei se abandonados, eu acho uma palavra forte, mas de certa forma né, ficam aí aos próprios cuidados, né? Vamos pensar principalmente nessa fase de pré adolescência, adolescência, né? Que as escolas já não são período integral, então eu acho que eles acabam tanto a atrapalhar nessas questões de regras, limites, como nessa questão de orientação de tá mais próximo da família, né? Eu acho que as famílias estão muito desestruturadas, né? Então eu acho que isso, assim, as crianças ficam meio filho de ninguém, muita gente mudando ou não mudando, né? Então são filhos de ninguém, né? E os adolescentes acabam ficando nessa questão também, né? Eles acabam ficando sozinhos sem pessoas para contar, né? Não tem uma família efetiva ali, né? Parece que não se constitui efetivamente quando fica nessas separações, né? Meu pai, meu padrasto, minha mãe, minha madrasta. Eu acho que eu sinto que isso é um fator bem grave”.*

Lz. *“Então eu penso assim muito no fator ambiental. Eu acho o fator ambiental super importante. Apesar da genética, né? Os estudos são muitos voltados para a parte genética, mas muitos casos que a gente vê o fator ambiental é bem... prevalece bastante. Eu acho que um pouco, metade, 50% e 50%.”*

A complexidade da origem é apresentada por V. *“Nossa, difícil. Eu acho que é assim, eu nunca parei para pensar nisso, a origem, da onde vem? Eu acho que essa coisa multifatorial importante, o sofrimento é o sofrimento e a*

*individualidade de cada pessoa também. Então é o ambiente, é a genética, é a realidade, são as experiências, né? É a família, a sociedade, são crenças, religião, tudo isso interferindo, né? E no caso individualizando, né? Cada um tem sua sensibilidade para sofrer, alguma coisa vai ter uma depressão pra alguns e pra outros vai ser bem tolerado, né? Eu acho que a origem mesmo ela vem de várias coisas, não para gente determinar uma coisa só.”*

*E também por F. “São várias, hein... tem toda a parte genética e tem todo o desenvolvimento de como teve a percepção daquela pessoa e como ela está lidando com os diferentes estímulos. Tive crianças que têm uma rotina super puxada, e super cheia de atividades e não desenvolvem e tem aquela criança que por algum motivo desenvolve um transtorno de ansiedade, a influência do ambiente... tanto que, é uma percepção do CAPS, a gente tem grupo com os pais... de orientação pra pais... e foi um que deu um boom... ele tinha um horário diferenciado, à noitinha e um outro, de repente teve necessidade de fazer mais dois, já conseguimos montar mais um pra esses pais... eles estão vindo, eu sei que eles sofrem, eu sei que acontece muita coisa em casa, como é que eu lido? Então, mais do que a criança... e crianças muito pequenas... desde os 4 anos, não tem como fazer um grupo terapêutico ou uma interação com a criança, a gente põe os pais, pros pais já irem mudando a rotina ali... pra esse possível desenvolvimento aí... a gente tem uma questão que a gente percebe que em muitos casos é social também... então por várias coisas sociais, que não é da nossa área, trazem um sofrimento... então o contexto em que essa pessoa foi criada, foi desenvolvendo, foi onde ela tá, acabou adoecendo psicologicamente”.*

### **1.5 Os desafios da interdisciplinaridade, funcionamento e demanda**

Considerando as várias disciplinas que compõem o serviço CAPS, foi questionado sobre o trabalho interdisciplinar.

*Lz. “Porque assim, normalmente a gente não trabalha sozinha, né? Sempre são duplas. Os grupos, a maioria a gente tende a fazer duplas, as oficinas a gente tende a fazer duplas. Só em alguns momentos, agora que está acontecendo também que a gente não tem essa disponibilidade de dois profissionais para estar trabalhando junto, porque sempre são dois olhares, né? Em cima daquela criança, em cima daquela família, às vezes até outras áreas*

*afins que a gente percebe que tem mais a ver com aquela área, então a gente chama o profissional daquela área. Se discute o caso e trabalhamos juntos mesmo.”*

V. apresenta os desafios e composições do trabalho em equipe multidisciplinar. *“Até tinha discussão aí no começo sobre isso, essa interdisciplinaridade e multidisciplinaridade e aí isso pra gente no começo era uma coisa pra gente, difícil de se entender, a gente mesmo como profissional era resistente, né? A gente via, assistente social chegou, “como é que vou fazer grupo?” “Não, mas aqui no CAPS essa interdisciplinaridade tem que acontecer, né?” Cada um com seu diferente, com a sua diferente formação, buscando, buscando se formar melhor, se habilitar melhor, pra se empenhar (sic) esse papel, hoje eu vejo que é muito tranquilo, né?”*

*Às vezes quando vem uma profissional de fora, nova por exemplo, trocou a enfermeira, aí ela começa a se questionar, “o que eu posso fazer aqui como enfermeira?” E, no entanto, é tudo misturado, né? E pra gente é tranquilo, mas para a população a gente vê que não, né? Então essa... essa coisa de me achar ...de falar “Ó mãe, ó minha psicóloga” me encontrar na rua e falar “Olha lá minha psicóloga” sou eu, né? (Risos) Que não sou psicóloga no caso. Até meus filhos brincam com isso, “Cê é quase psicóloga”. (Risos). Merece um quase. (Risos). Eles brincam, né? Por causa que, às vezes comenta, né?”*

*Hoje fiz um grupo com adolescente, então para gente agora é mais tranquilo, mas no começo quando o CAPS começou era sim complicado. Mas o que fica tranquilo pra gente essa, essa reunião de equipe, né? Interdisciplinar que a gente pode contar uma com as outras, né? E mesmo que não dá para chegar na reunião a gente tem o apoio das colegas aqui, né? Então às vezes a gente sai de um acolhimento e precisa dividir com alguma colega, né? E aí, se tiver a psicóloga, melhor, né? (Risos). E a gente sabe que aqui eles têm o cuidado de sempre em algum horário ter uma psicóloga, no horário, né? Que é o profissional que eles vêm buscar, é psicólogo, né? Mas a gente já teve reações por parte da população, tipo, fez o acolhimento, discutiu deu uma conduta e a mãe falou “pô...mas é uma terapeuta ocupacional, como assim? Você é uma fono? E ainda por cima, às vezes, a gente tem grupo de fono e pediatra, né? A*

*gente faz as duas que, que fazemos o grupo de adolescentes, pra gente é bem tranquilo, né?*

*Na supervisão, do início da criação do CAPS, nos estudos da fundação do CAPS e da evolução da saúde mental pra gente é bem claro o papel de cada um, né? E o papel da equipe como um todo. Então eu vejo a resistência da população ainda, né? Quando veem que eu não sou uma psicóloga, né? E a gente tenta passar para a população, passar para os usuários, para os pacientes, para os pais, como que isso funciona, mas o tratamento da saúde mental já é uma coisa, sei lá, eu acho que é uma coisa mais misteriosa, né? Mais fantasiosa para as pessoas, não é só dar o remedinho ou fazer o curativo, né? Então por isso que se cria essa expectativa e teve, já tivemos casos de questionamento de eu ir para escola discutir caso com o professor, coisas desse tipo “que a senhora está fazendo aqui?” Né? “Não, ele é meu paciente lá no CAPS” “Eu sou profissional de referência dele no CAPS, por isso que sou eu que estou aqui e não é a G. psicóloga que está aqui” E esses, esses momentos são de resistência mesmo. Das escolas parceiras nossas, então essa interdisciplinaridade aqui no CAPS, ela atravessa essas barreiras e às vezes algumas inseguranças que partem da gente, né? Eu acho que esse caso não posso ficar, eu acho que ela precisa mesmo ser de uma de vocês, aí as duas psicólogas que a gente tem, que é a G. e a Lu elas são bem acessíveis, mas às vezes resistentes nesse raciocínio nosso. “Não, mas porque tem que ser a gente, né?” “Cê tem, você pode continuar, você já tem vínculo”, mas às vezes a gente não chega a uma conclusão boa, né? Quer dizer, eu acho uma coisa elas acham outra e a gente vai tentando daqui vai tentando de lá, sempre tentando melhorar o atendimento pro paciente, né?*

*O objetivo é esse, mas eu acho que funciona bem essa interdisciplinaridade aqui dentro. Mesmo a assistente social, a gente está há muito tempo com ela. Então o serviço funciona mais redondo por conta disso, mas nós já atravessamos dificuldades maiores”.*

*Para F., o trabalho também é positivo. “Muito interessante... assim, todo mundo faz tudo no Caps. Eu faço acompanhamento psicoterapêutico individual e (a criança) faz acompanhamento com o médico, então assim, eu acho um momento muito rico quando tem a minha prática quanto psicóloga, mas, opa, eu*

*preciso de help de uma fono, preciso de um help da TO. A gente vai trocando muito isso, a gente tem momentos assim, eu tenho minha prática de repente aqui, aí eu converso com elas lá, mas a gente tem a questão de trazer junto... eu acho isso muito rico, muito gostoso... e tem grupos que elas fazem... aqui todo mundo faz tudo, você sabe...no CAPS todo mundo faz tudo... isso me marcou muito, porque eu estava indo por uma linha, eu e o doutor, que ela tinha um travamento, uma dificuldade aqui pela timidez, pela ansiedade, depressão e de repente vem um diagnóstico lá que um médico deu junto com a fono e conversando com a fono a gente viu, não espera aí, a depressão é secundária a uma coisa da linguagem, então aí muda o caminho...eu até brinquei com a mãe, falei assim 'a gente estava com o GPS num caminho, opa redirecionando'. Traz muito a contribuição pro bem da criança e do adolescente, né".*

Durante as entrevistas, também foi questionado sobre a rotina de trabalho e o funcionamento do serviço, e como as estratégias adotadas podem promover saúde mental.

De acordo com A., *"promove no sentido de você ter uma escuta, quando você já promove essa escuta, ouvir paciente. Isso a gente nesse pouco tempinho que tô aqui, algumas mães já falam "Ai, só de vir aqui falar com você, eu já melhorei"; "Só de vir aqui toda semana e desabafar, eu melhorei". Então o grupo de Pais é muito isso, é a escuta, é um ajuda o outro, é um saber que outro também tem o mesmo problema e a mesma dificuldade, então eu acho que isso promove muita coisa. O acolher que são pessoas que querem ser muito acolhidas, estão precisando, estão muito debilitadas emocionalmente, então você precisa dar, tá ali para ela, né? Então eu acho que isso já ajuda. Além da medicação em certos casos, que são muito importantes, o papel do médico é fundamental, fazer o uso do medicamento, mas o terapêutico ali de você estar junto, eu acho que ajuda muito".*

Sobre o funcionamento, a mesma entrevistada relata: *"alguns pacientes isolados têm atendimento individual, porque eles precisam. E aí tem os grupos, são montados os grupos de adolescentes, por faixa etária, por patologia e os grupos familiares. Quando eu entrei, eu já peguei um grupo familiar e comecei a participar dos outros, então eles são montados assim, quando a gente tá em reunião de equipe, "Ah, o que essa criança precisa?" precisa socializar, precisa*

*trabalhar, então vai para esse grupo. Esse adolescente precisa falar um pouco mais, ele tem quinze, dezesseis ele é mais “madurinho”, então a gente põe nesse grupo onde ele vai falar de assuntos que é muito legal, que vai falar de tudo. E todo mundo quer vir para o bendito desse grupo, né? E aí a gente escolhe nesse sentido, daí as atividades a gente foca nesse sentido, na atenção, na autoestima, na organização, na rotina e às vezes só em conversas mesmo e aí cada um fala do que está a fim”.*

D. *relata sobre o funcionamento de seu serviço: “A gente tem o plantão de acolhimento, então são todos os dias, manhã e tarde, a gente tem um horário de plantão. Recebemos os casos e aí o profissional que recebe fica como profissional de referência até a gente estudar a proposta, né? Aí essa profissional faz todo esse acolhimento, essa escuta, como depois o histórico da família, né? Anamnese, aquelas questões todas. Marcam um dia para vir o adolescente ou a criança. Fazemos observação, conhecer, ouvir. Aí a gente sempre pede relatório escolar, né? A gente tem como meta de pedir o relatório escolar”.*

Lz. *“Eu acho que o CAPS é mais sair, não estar aqui dentro dessas quatro paredes. Então o que a gente tenta mais ... projetos, a gente tenta contato nas escolas, a gente tenta algumas atividades de passeios, tá bem difícil, antes a gente fazia mais, hoje a gente faz bem pouco. Porque a gente não tem carro, não tem carro para visita. Eu acho que é uma condição geral, né? De situação do País até. Então assim, a gente promovia mais. Mais festas, mais passeios, mais saídas do CAPS. Porque eu acho muito interessante o paciente do CAPS sair do CAPS, né? E a gente se relacionar com o mundo lá fora. Não ficar aqui em quatro paredes e tal. E a gente tenta na medida do possível, a gente tenta, a gente faz algumas coisas na praça, a gente faz passeios com eles, a gente vai às escolas, faz reuniões nas escolas. Eu acho super importante, assim, esse tipo de entrosamento com outros recursos. Como o CREAS com o CRAS; então a gente tá o tempo todo com esse dialogo aí, tá?”*

L. *complementa, explicando sobre a dinâmica institucional. “A gente já pensou assim em passar mais tempo. Acabou ficando desse modo mesmo. E assim, em alguns casos, eu não sei se já devo ter comentado com você. A gente faz. a gente chama aqui de absorção imediata, que são os casos de pessoas de que, né, crianças ou adolescentes em crise em surto. Então, eles vêm para cá,*

*e vêm todos os dias. Então, se estuda de manhã, vai ficar no período da tarde aqui. Todos os dias, se estuda no período da tarde, no período da manhã tem que estar aqui todos os dias. E a equipe vai se ajeitando pra fazer, né? Para dar um atendimento, não é só um profissional que vai acompanhar, é toda equipe, que vai se revezando cada dia, cada período alguém que fica”.*

V, conta sobre o processo de construção do serviço, visto que participou de sua inauguração, há 14 anos.

*“Foi uma coisa muito gradual. Eu lembro o começo, a gente visitou outros CAPS, a gente foi para Campinas, a gente foi para Americana, foi pra, pra...como é que chama a cidade? A gente se perdeu lá. Foi uma cidade grande aqui perto de Campinas. Depois eu lembro.*

*É, então, a gente visitou os CAPS da região. E foi estruturando a maneira de atender, o acolhimento. E a gente já refez isso algumas vezes no decorrer dos anos. Porque viu que aquilo não estava funcionando. Antes era um acolhimento em grupo, depois passou a ser atendimento individual. Depois desse tempo, a gente teve acesso a uma supervisão que abriu a mente da equipe, no sentido que a gente tinha que ter disponibilidade de acolher a qualquer momento. A gente tinha hora marcada para acolher no começo. E a gente foi melhorando, a participação em congresso, né? Vai um membro e traz o conhecimento adquirido.*

*Olha, a gente viu o trabalho de um CAPS que funciona desse jeito. Então, isso é tipo de coisa que a gente acabou. Acabou fazendo e trazendo e buscando, né? É a experiência dos outros. E quando a gente vai em lugares maiores e escuta as experiências dos CAPS, infantil. É tudo assim, meio CAPS infantil, é um CAPS se você vai né, eu não sei a sua experiência com outros, mas às vezes, uma vez eu fui num congresso em Curitiba e conversei com uma moça do Paraná de uma cidade pequena parecida com a nossa. As dificuldades eram as mesmas de ficar o dia inteiro, existe essa possibilidade de a criança ficar o dia inteiro. “Ah, mas é ambulatório”, “O que você está fazendo é ambulatório”. É pode ser que seja, alguns, alguns é por que tem umas crianças que estão saindo de um atendimento médico e é um ambulatório médico, né? “Ah o CAPS só tem que atender casos graves” e o que que a gente faz com os casos que não são tão*

*graves, né? E aí a gente acaba gastando energia com esses casos que não são tão graves e não dá a devida atenção para os casos graves.*

*Esse dilema a gente vive diariamente, já foi pior, já foi pior. Hoje a gente consegue é... falar não pra aqueles casos, mesmo a gente sabendo que não tem nenhum órgão na cidade que vai acolhê-los. Em alguns casos, mas muitas vezes a gente se sensibiliza com o quadro e fala "Ó, vamos deixar aí um pouco, vamos fazer uma coisa rápida" que não é rápida, vai ficando. A gente acolhe caso que não é tão grave, o sofrimento psíquico, não tá grave o sofrimento psíquico. É mais social, é mais tudo...tudo bem aonde essa criança vai parar se a gente não acolher aqui? E a gente pode ajudar. Então a gente acolhe e vai ficando, né? E aí depois traz na reunião, uma concorda outra não concorda. "Não, eu acho isso aqui uma casa" "Como uma casa, gente? Tá tomando medicamento". Então, tem muito isso, quando passa no médico tá tomando medicamento. Já vem com um CID, o CID F que é o nosso, e tá tomando medicamento? É nosso, né? Apesar da criança, então é nosso. Não, se ela tá bem, fica só em médico. Então é ambulatório, né? Então esse dilema nós já sofremos mais por isso, mas eu acredito que não difere dos outros CAPS em outras cidades, em outras regiões, em outros Estados".*

F. discute sobre a organização do serviço, bem como as possíveis estratégias de promoção de saúde mental.

*"A gente tem uma questão muito aberta, na absorção imediata, os grupos, geralmente, a gente procura ter dois terapeutas, então, em uma emergência, um fica e o outro sai... pra atender uma absorção imediata... chegou um caso grave, a gente não fica tanto rígido nos grupos... no quadradinho, a gente já teve esse atendimento, a gente já passou por duas supervisão (sic)... e qual o foco agora? A gente procura respeitar um pouco a questão de período escolar e questão de faixa etária, então se a proposta para um menino de 14 anos e um de 6... não vai virar, a gente procura respeitar isso... e não pensa em nada de patologia, pensa em idade e período escolar... não separamos os dias da semana, são os grupos mesmo, cada um fica numa sala...*

*Hoje a reunião foi uma evolução, porque todo fevereiro é aquela mudança total e a gente tem que tentar adequar segundo esse critério. Ah então vamos fazer um grupo aqui, mas vamos tentar procurar colocar jovens da mesma*

*idade... mas do que ver patologia, no entanto a gente nem vê, é essa questão da idade, acho que é mais importante estar num grupo de iguais, que falam as mesmas coisas...*

*Tem crianças que se colocar muito diferente... já passei por isso, num grupo de sexta à tarde, tinha um de 15 e um de 11... e aí já dá um probleminha...*

*Nesse quarteirão aqui, tem uma escola, e não libera, é uma escola de tempo integral e temos bastante dificuldade em liberar...e tá tendo muita demanda, a gente tá estruturando pra gente ir lá pra ver se é porque aconteceu alguma coisa e manda pro CAPS ou se está tendo que intervir de alguma forma em bullying, coisas assim.... a gente tem essa necessidade... Fizemos um grupo que começa às 15h15 e já saem e vem pra cá. E tem a Etec, é ensino médio, então são mais adolescentes, mesma coisa, tem o horário bem puxado, temos um grupo que começa às cinco horas um dia na semana; o serviço funciona até às 7 da noite...*

*O grupo de pais, com a proposta ser depois do serviço, um grupo de adolescentes nesse horário, respeitando o horário da Etec. Sempre procura fazer isso, que é uma faixa etária que sempre está na escola, a gente tem que respeitar isso... então não tem como, não vai ficar faltando toda semana no mesmo dia, então é um perfil de CAPS infantil, vamos pensar, vai ficar assim durante um ano e ano que vem pode ser que mude tudo de novo... Então separa grupo, muda grupo.*

*A gente promove saúde mental no sentido de atender como um todo, então a gente tem crianças que vêm pro médico, que vem pro individual, que vêm pro grupo, e tem a proposta de ir pra uma oficina... então não vem só pro grupo, vem pra uma oficina também... vem numa oficina e num individual, a gente tenta promover o todo... e a questão dos pais também... que também vamos pensar...o adolescente, a criança vem uma hora, tem tudo uma rotina, e em casa é totalmente diferente, a gente procura trazer junto e levar isso assim...*

*Eu vou trabalhar o controle inibitório com a criança, mas em casa ela não vai ter esse controle... não vai dar muito certo. A gente procura fazer essa ligação pra poder promover o desenvolvimento integral da criança... trazer a família junto, a gente tem prática que é difícil, é questão que a gente não tem carro, mas a gente vai até às escolas, tenta entender o caso, pelo menos o*

*telefone funciona muito, entra em contato com postinho, a gente tem muito isso... a gente acaba barrando um pouquinho pela questão de carro... é prefeitura, acaba acontecendo mesmo.*

*A gente procura fazer matriciamento sempre, estar em reunião de rede... não é bem aqui, naquele serviço, a gente entra em contato com o serviço, já dá uma preparada que vai ter essa procura, que não é aqui, a gente está com proposta, não sei como é que está... eu fiz só o rascunho de fazer supervisão com a coordenadora nossa de saúde mental, elaborando um documento com portarias, com ECA, com o que a gente atende e que não está aqui, mas a criança tem direito, essa criança tem direito ao atendimento em outro lugar, pra espalhar isso nas unidades, pra outros serviços, a gente vê isso aqui: "se é do CAPS, não é daqui". Acho que barra em todo lugar, né... a gente teve relato no hospital que não atendeu um paciente que estava com uma úlcera na perna porque era psiquiátrico... mas como teve essa questão...*

*Aqui a gente ficou até 2013, acho, num outro prédio que tinha o nome fantasia de "Crica", centro de referência da criança e do adolescente, então, tudo que é criança e infância vem pra cá... e a gente na contramão de provar que não é CAPS, que tem um outro contexto, a criança tem direito a um outro atendimento que não vai ser aqui... tamo num processo de elaboração desse matriciamento, junto com as pessoas e esse documento o que é CAPS, o que nós atendemos, qual nosso papel... Não é aqui, é onde? A gente vai fazer reunião com direitos humanos, com secretarias, a gente tem essa proposta... tá pra estourar aí...mas a gente parte do princípio, a nossa supervisora fala bastante, que temos uma demanda reprimida, aqui está super lotado de hiperativo, aí ela fala que hiperativo não, tem todo um contexto inclusive de ser cidade pequena, acaba tendo uma necessidade pelo sofrimento, não posso falar que hiperatividade não é aqui, eu tenho que ver o sofrimento dessa hiperatividade, mas ela acha que tem uma demanda reprimida, a partir do momento que especificar casos mais graves, vai começar a aparecer mais.*

*A gente tem essa proposta, de psicose, de casos mais graves, de esquizofrenia, a gente esse entendimento também que não pode superlotar de casos leves e reprimir essa demanda. A gente tá trabalhando nesse meio de campo. Quando eu entrei, em 2012, já era essa dinâmica, tanto que, o filho*

*mudou muita coisa, eu ficava até 7 da noite no grupo de pais, aí depois não deu, mas tem que ter esse horário pros pais, não sei isso, já entrei com isso... 15 anos de Caps....*

*Agora a gente tá até discutindo assim: eu encaminhei um caso, daqui um tempo vou ligar pra família ver se procurou, se não procurou, senão... a gente acompanha por um tempo. A gente teve (sic) até discutindo: quanto tempo? Porque se eu encaminhei, a família é que tem que procurar, e se ela não acaba procurando, a gente vai fazer uma procura, não vai ficar o tempo inteiro também, né? Se foi significativo o que a gente orientou, ou então se não eu vi a mudança no grupo de pais, porque assim... tínhamos um tanto, aí fizemos um grupo casadinho, que tá tendo dois atendimentos de grupo e um de pais ao mesmo tempo, e muitos pais que estão aqui acabam ficando... e temos a proposta de pensar as muitas crianças que estão sendo diagnosticadas com autismo de um grupo de mães, mas... está nos planos, por enquanto já teve um aumento de pais, precisou de mais um e se precisar vai ter mais um.*

*Aqui é porta aberta, se a mãe achar que tem que passar aqui, ela vem, mas a gente tem de escola, tem mãe que traz encaminhamento de postinho, ela vai lá e procura, ela acha que precisa ter e não precisa, do pronto socorro em caso de intoxicação, eles já contatam aqui, que já é uma conquista, porque tá batendo lá e eles já encaminham aqui, poder judiciário, conselho tutelar, a escola muitas vezes, secretaria, demanda espontânea. Eu percebo um aumento as famílias estão vendo importância, eu acho ótimo”.*

Para finalizar as entrevistas, foi questionado para as participantes sobre a maior demanda de cuidado que elas recebem em seus serviços.

De acordo com A., *“Depressão entre os adolescentes, automutilação, a gente tem bastante caso, o que mais? Pânico, síndrome do pânico, às vezes alguma coisa de agressividade, mas acho que a depressão ainda ganha. É o que tem mais aqui, é síndrome do pânico, autoagressão. Pelo menos, o que tenho contato. Agora os pequenos, acho que entra muito imperatividade (sic), déficit de atenção”.*

Para LZ, *“nesse momento, muitos adolescentes com caso de automutilação, aqueles cortes até superficiais, mas assim muitos, muitos mesmo. É o que mais tem aparecido”.*

Para L. a maior demanda é *“hiperatividade, sem dúvidas”*.

E segundo V., *“Eu acredito que o transtorno mais frequente é o TDH. E o quadro depressivo, na parte dos adolescentes. Então é depressão, TDH e em números de porcentagem de casos, eu acho que são os dois mais frequentes”*.

Em relação à demanda de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, a entrevistada D. relata que *“Agora nossa proposta é assim, tem queixa de dependência química, uso de drogas, vai para o AD (CAPSad). Aí se eles (CAPSad) verem que para o adolescente a questão é muito mais secundária do que o transtorno, né? Aí eles encaminham para cá novamente. Porque eu acho que vai ser muito mais efetivo. A gente não vai ficar muito falando da droga assim, né?”*.

Diante dos expostos, foi possível observar uma ausência de clareza em relação ao papel dos CAPSij, sendo esta uma política pública recente, impondo aos trabalhadores da área a capacidade de inventividade dos serviços, bem como resoluções diante das dificuldades teóricas que a psicopatologia da infância e adolescência coloca. Tal complexidade teórica pode ser expressa através das dificuldades encontradas para definir de maneira mais consistente os aspectos que compõe os sofrimentos psíquicos e conseqüentemente as estratégias de tecnologias que pudessem corroborar tal constructo psicopatológico.

Mesmo diante das atuais discussões sobre os processos de patologização e medicalização da vida, que tem sido amplamente discutidos dentro e fora das academias e pelos Conselhos classe, por exemplo, a importância dos diagnósticos ainda se impõe de maneira imperativa diante desse campo. Tanto as discussões acerca da patologização da vida e da proposta de reforma psiquiátrica, corrompem essa lógica, propondo um novo paradigma do cuidado em saúde. Tal paradigma diz respeito a um olhar para a multiplicidade e para a inventividade clínica, que fuja dos modelos biomédicos centrado na saúde-doença, assim podendo recriar possibilidades de vida.

Por fim, diante das apresentações, é possível notar considerável potência dessas trabalhadoras, que diariamente recriam e reconstróem suas práticas interdisciplinares, tornando-se em momentos transdisciplinares, exigindo do

trabalhador da saúde mental um além de sua especialidade, uma postura ética diante do sofrimento e da vida.

## **Capítulo 2: CAPSij: entre a reforma psiquiátrica e a medicalização**

Esse capítulo pretende discutir a partir da política da Reforma psiquiátrica e de considerações foucaultianas e de contemporâneos a experiência do trabalho em saúde mental da infância e adolescência em uma perspectiva de constituição histórica e institucional da práxis. Foi realizado um levantamento de publicações sobre CAPSij e em seguida problematizado a partir de constructos teóricos as entrevistas com vistas a buscar compreender as complexas dinâmicas que perpetuam no saber do profissional de saúde, bem como em sua atuação.

### **2.1 Levantamento das pesquisas sobre CAPSij**

Para compreender o que tem sido produzido cientificamente em relação aos CAPSij, foi realizada uma busca na base de dados Scielo, PubMed e BVSPsi com as palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial Infantil, CAPSi e CAPSij, entre os meses de março e maio de 2020. A partir da leitura do título e resumo, os artigos foram categorizados de acordo com sua temática central. Serão apresentados a seguir, com a finalidade de expor as principais produções acerca de tal campo de cuidado em saúde mental infantojuvenil.

Na base de dados Scielo foram encontrados 13 artigos, na plataforma PubMed, 12 artigos e na base BVSPsi 56 artigos. Os achados serão apresentados respeitando as categorizações dos temas principais abordados em cada artigo.

| <b>Tema</b>  | <b>Quantidade</b> |
|--------------|-------------------|
| Infância     | 2                 |
| Adolescência | 7                 |

|   |   |
|---|---|
| Educação                                  | 4 |
| Psicanálise                               | 2 |
| Oficinas                                  | 5 |
| Terapia                                   | 1 |
| Avaliação estruturada                     | 4 |
| Intersetorialidade                        | 6 |
| Matriciamento                             | 1 |
| Estudos geográficos e perfil dos usuários | 6 |
| Ambiência                                 | 3 |
| Percepção Profissionais                   | 4 |
| Percepção Família                         | 6 |
| Percepção usuário                         | 3 |
| Relatos de experiência                    | 3 |
| Psicopatologia                            | 4 |
| Álcool e outras Drogas                    | 3 |
| Agressividade                             | 2 |
| Autismo/TEA                               | 4 |
| Políticas Públicas                        | 2 |
| Brincar                                   | 1 |
| Patologização                             | 1 |
| Assembleia                                | 3 |
| Avaliação do serviço                      | 2 |
| Cuidadores                                | 1 |

|              |   |
|--------------|---|
| Abuso sexual | 1 |
|--------------|---|

Tabela 2. Lista de artigos científicos categorizados por temas

A partir desse breve levantamento, foi possível concluir que as pesquisas voltadas a estudar os CAPSij são diversas, abrangendo temáticas importantes a serem compreendidas a partir da complexidade de tal serviço.

Pesquisas que se relacionam com as demandas dos serviços, estratégias e técnicas de cuidados em determinadas psicopatologias da infância, como o autismo, avaliações padronizadas do serviço e relatos de percepções sobre o serviço a partir dos usuários, cuidadores e profissionais, foram encontradas em maior número. Contudo, não foram encontrados artigos que discutissem especificamente a lógica de trabalho em relação às políticas da reforma psiquiátrica, tema da presente dissertação, o que mostra a relevância deste trabalho.

Nesse sentido, discutiremos criticamente, a partir dos fragmentos das entrevistas apresentados no capítulo anterior, considerações relativas às políticas de saúde mental, bem como a produção de Foucault no campo do Poder Psiquiátrico, o que nos ajudará a compreender analiticamente os campos de tensionamento que contemplam a instituição substitutiva de saúde mental brasileira. Nesse sentido, “sem a devida reflexão, o novo modelo psiquiátrico brasileiro pode apenas cambiar velhas formas de controle social por novas”(8).

## 2.2 Análise e Discussão

Para a realização da análise dos dados, apresentados no primeiro capítulo, considera-se que os discursos coletados decorrem de uma historicidade relativa à gênese dos saberes psiquiátricos, como cartografados por Foucault, e com os discursos hegemônicos que configuram o retrato atual das práticas e saberes da saúde mental da criança e do adolescente. Com isso, buscou-se compreender, a partir das narrativas, a relação com a constituição do poder psiquiátrico de Michel Foucault, concepções medicalizantes e sua possível contradição com a proposta da reforma psiquiátrica brasileira.

Para tanto, a análise dos dados coletados foi realizada a partir dos aportes teóricos utilizados por Foucault, assim como os conceitos de medicalização e a política da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Foram levados em consideração os

processos sócio históricos que fundamentam tais pensamentos, seguindo as proposições cartográficas dos autores referenciados no trabalho. Nesse processo foi avaliado que há uma “relação existente no discurso entre língua/sujeito/história ou língua/ideologia”(9).

“Desse modo, uma análise do discurso numa perspectiva foucaultiana não deve partir de uma suporta estrutura ou de um sujeito-autor, que seriam anteriores aos próprios discursos e que se colocariam acima deles. Não se trata, também, de analisar os discursos como indicadores de sentidos profundos ou de determinadas individualidades intelectuais ou psicológicas, materializadas nesse ou naquele autor, inscritos, por sua vez, nessa ou naquela instituição. Trata-se de analisá-los tendo sempre em vista que é por ‘uma certa economia dos discursos de verdade [que] há possibilidade de exercício do poder’. Nesse sentido, aquele que enuncia em um discurso é que traz, em si, uma instituição e manifesta, por si, um ordem que lhe é anterior e na qual ele está imerso”(10).

Na sequência, Veiga-Neto (10) expõe sobre o interesse dessa perspectiva analítica:

“O seu interesse não é relacionar o discurso a ‘um pensamento, mente ou sujeito que o produziu, mas no campo prático no qual ele é desdobrado’. Não há, portanto, palavras aquém do discurso: ‘lá onde nada ainda foi dito e onde as coisas apenas despontam sob uma luminosidade cinzenta’; as palavras e seus sentidos se estabelecem sempre discursivamente. Enfim, para Foucault, mais do que subjetivo, o discurso subjetiva”(10).

Destaca-se que a análise realizada nesse trabalho buscou identificar posicionamentos ideológicos em jogo no processo histórico, nos quais as relações são produzidas. A partir disso, é possível diagnosticar a partir dessas formulações, as constituições históricas de concepções psicopatológicas que foram sendo consolidadas a partir dos discursos hegemônicos da própria psiquiatria e psicologia (11).

Considerando o campo de pesquisa, composto por relações de saberes da saúde, atravessado por relações de poder, especificamente o poder psiquiátrico, objetivou-se também através de tal análise desvendar “os mecanismos de dominação que se escondem sob a linguagem” (11), “um ordenamento histórico dos saberes, princípio anterior ao ordenamento do discurso efetuado pela ciência e dela independente” (10).

Iniciaremos a discussão a partir de uma breve contextualização a respeito do campo da psiquiatria, pois consideramos que tal exposição poderá contribuir

para a compreensão das produções atuais acerca das concepções dos profissionais de saúde mental, visto que os processos de trabalho são constituídos historicamente a partir das produções de verdade de um determinado campo científico.

### **2.2.1 A loucura e o poder psiquiátrico**

A história da loucura, teorizada por Foucault, data a partir do século XVIII e segue ampliando a complexidade de sua compreensão. O autor apresenta elementos de sua investigação que evidencia historicamente como o saber psiquiátrico passa a responder pela loucura através de narrativas produtoras da verdade. Durante todo esse processo, esse campo científico, através de suas proposições oferecem constructos de normatização dos comportamentos e o apartamento de condutas moralmente não aceitas. Temos como evidência desse tempo, a justificativa de encaminhamento a asilos permanentes, os sujeitos os quais apresentam ausência da razão, e práticas psiquiátricas de estigmatização e alienação (12–17).

Nesse percurso a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes se faz na continuidade do modelo do adulto, em que a norma estabelece modos pelos quais a conduta deverá ser ou não objeto de intervenção, principalmente aquelas que não correspondem a moral vigente em determinado tempo histórico. É importante apresentar neste capítulo quais foram os caminhos da construção de uma nosologia psiquiátrica voltada para a infância e adolescência, as sustentações teóricas de tais compreensões e também as estratégias de cuidado utilizadas.

Na tentativa de fundamentar esse trabalho, no que diz respeito à história das políticas públicas em saúde mental, bem como à cultura que fundamenta determinadas práticas, é importante resgatar o modo pelo qual a infância é atraída pelo discurso psiquiátrico e os campos de força que justificaram as práticas de cuidado atualmente ofertadas. Optamos por retomar a história do poder psiquiátrico a partir de Michel Foucault e autores contemporâneos, sublinhando os caminhos que concernem à infância. Tal opção teórica se justifica em decorrência da produção teórica deste autor no campo da história da psiquiatria, história da loucura e sua crítica contundente às relações de poder

que se estabelecem através das práticas disciplinares, bem como por sua importância no Ocidente no que diz respeito aos estudos no campo da saúde mental. Sua proposta, nos ajuda a analisar os tensionamento institucionais, através das narrativas dos profissionais entrevistados, pois através dela, é possível identificar “uma ordem sustentada no cruzamento da relação com o objeto, da objetividade do conhecimento e da condição da operação terapêutica” (18), condição de um tempo histórico e produto das relações que os saberes disciplinares produzem.

Um aspecto relevante levantado pelo autor em relação ao poder psiquiátrico trata-se de como enunciados e discursos surgem. Para isso, Caponi afirma que

“[o]s dispositivos de poder passam a ser visualizados e analisados como instâncias de produção das práticas discursivas. A interrogação se desloca das representações para os dispositivos de poder e para os jogos de verdade que se teceram em torno da loucura e do saber psiquiátrico”(19)

Sobre a contribuição de Foucault para o pensamento contemporâneo, Fonseca (17) define sua obra como uma espécie de diagnóstico,

“[...] diagnóstico das condições a partir das quais surge um sistema de pensamento, diagnóstico das condições a partir das quais surgem os sujeitos históricos, diagnóstico das condições a partir das quais seria possível pensar em uma esfera de autonomia para a constituição de si enquanto sujeito”(17).

A partir disso, a proposição para a construção de um diagnóstico do discurso hegemônico sobre o saber do sofrimento psíquico passa também pela compreensão histórica da formação dos sujeitos e suas subjetividades.

Partimos de alguns pontos determinantes do fazer psiquiátrico que aqui nos interessam como fatores importantes na construção de uma nosologia e de uma prática na atenção de saúde mental da infância. A princípio, trata-se da teorização e experiência relativa ao tratamento moral proposto por Philippe Pinel (1745-1826), psiquiatra francês, no início do século XIX. Tal teoria e prática são compreendidas como o nascimento da psiquiatria, em decorrência da separação dos loucos dos demais marginalizados, como os moradores de rua,

homossexuais, prostitutas e outras formas de subversão à moral estabelecida (12,19).

Para além da separação das pessoas ditas “loucas”, o modelo asilar proposto pelo psiquiatra Pinel, chamado de tratamento moral, tinha como estratégia a disciplinarização e organização do tempo dos sujeitos asilados, bem como a separação de outras pessoas marginalizadas sem uma doença mental. Esse tratamento tinha como justificativa a necessidade de uma vida organizada e dividida a partir de uma normatização através do trabalho, aos que tivessem condição, além de organização do tempo e dos corpos. A organização temporal seguia rígidos horários para levantar, alimentar-se, exercitar-se e dormir. O tratamento moral também incluía tecnologias justificadas de modo a disciplinar os corpos, tais como banhos quentes, camisas de força e psicotrópicos como o ópio (12,19).

“A terapêutica da loucura é a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa das suas ideias”(12).

Até o século XIX não havia nenhum tratado de psiquiatria que incorporasse na nosologia uma etiologia que justificasse qualquer tratamento. Tais estratégias se apresentavam a partir da concepção de uma certa normalidade e da necessidade de “domar” um corpo dito violento (12).

Para Tavares e Hashimoto (20):

“Na passagem do séc. XVII ao XVIII a loucura ganha o status de alienação mental, sendo então considerada uma “doença mental”. Um mal que abate o sujeito privando-lhe das faculdades da razão, caracterizando-o como que entregue às malhas do desatino e dos desejos desenfreados, indivíduo que não pode ser responsabilizado por seus atos dado sua incapacidade de julgamento sobre si mesmo e sobre as coisas do mundo de uma forma geral”(20).

De acordo com Desviat (21), “a ideia que temos hoje da loucura surge com o Iluminismo e a Revolução Francesa”(21). Essa compreensão cultural e filosófica tem como ideia precursora o pensamento de Descartes (1596-1650), filósofo francês, e toda a ideia da racionalidade do final do século XVIII, em que a “loucura era tomada como erro”. Com isso, se constituía a problemática da psiquiatria em “como dissuadir quem se crê rei” (12), expressão utilizada para se

referir à imediata contradição das sensações ou à presença de um delírio comum à época em que os sujeitos acreditavam ser como reis. Tal expressão se popularizou a fim de se buscar caminhos para dissuadir tal crença em favor do estado da razão.

É importante apontar que tal pensamento sobre a loucura fundamenta os tratamentos da época, na Europa, inclusive o tratamento moral proposto por Pinel. Outro aspecto importante desse momento é o estudo anatomopatológico, o qual passou a compor e fundamentar as doenças mentais. Esses estudos não encontravam correspondência orgânica nos casos de loucura, assim contribuindo para o nascimento de uma explicação psicológica acerca dos sujeitos (12). O aspecto psicológico, portanto, teria em si, um lugar à explicação da loucura, contribuindo para uma experiência de subjetividade privatizada, bem como uma etiologia psicológica dos estados mentais. Por essa razão, aquilo que caracterizaria a medicina, “a possibilidade de estabelecer diagnósticos diferenciais localizando as lesões no corpo, não pode ser realizado no âmbito da psiquiatria”(19).

Nesse sentido, algumas afirmações das entrevistas que compõem a presente pesquisa evidenciam o resquício histórico que perpetua até os dias atuais em relação à concepção de uma doença mental, porém sua etiologia não fica clara. É possível observar isso, a partir dos recortes a seguir.

*“Crianças que têm alterações psiquiátricas, problemas psiquiátricos graves e severos, transtornos, esquizofrenias, patologias mais psiquiátricas”.*

Nesse trecho acima, apresenta-se uma narrativa em que a concepção etiológica está ausente, sendo exposto apenas jargões psiquiátricos e a palavra “patologia”, que pressupõe doença, ao invés de sofrimento psíquico, proposta pelo novo paradigma da Reforma Psiquiátrica.

Outro trecho:

*“Temos uma demanda reprimida, aqui está super lotado de hiperativo, aí ela fala que hiperativo não, tem todo um contexto inclusive de ser cidade pequena, acaba tendo uma necessidade pelo sofrimento, não posso falar que hiperatividade não é aqui, eu tenho que ver o sofrimento dessa hiperatividade, mas ela acha que tem uma demanda reprimida, a partir do momento que especificar casos mais graves, vai começar a aparecer mais.*

*A gente tem essa proposta, de psicose, de casos mais graves, de esquizofrenia, a gente esse entendimento também que não pode superlotar de casos leves e reprimir essa demanda.”*

Nesse outro recorte, é possível destacar a utilização da palavra “hiperatividade” em substituição ao Sujeito que sofre, mantendo novamente o aspecto do discurso psiquiátrico de doença em detrimento à pessoa que sofre e manifesta através de seu comportamento seu sofrimento, afim de ser decodificado e significado pelo terapeuta no campo da saúde mental.

Outro aspecto importante diz respeito às práticas sociais que subjetivam práticas de saúde que se relacionam aos fazeres de normatização das condutas, principalmente no que tange aos problemas comportamentais, demanda evidente da saúde mental de crianças e adolescentes. A partir de Foucault (12), o poder disciplinar estava presente nas instituições asilares dos séculos XVIII e XIX, e foram responsáveis pelos tratamentos da loucura. Tal poder é apresentado a partir dos tratamentos de disciplinarização dos corpos, da divisão do tempo dos sujeitos e também pela própria estrutura das instituições. A arquitetura era projetada a fim de se obter um maior controle de cada interno. Tal mecanismo de controle do poder disciplinar será chamado pelo autor de caráter panóptico.

“A visibilidade absoluta e constante que rodeia o corpo dos indivíduos, creio que poderíamos dizer o seguinte: que esse princípio panóptico – ver tudo, o tempo todo, todo mundo, etc. – organiza uma polaridade genética do tempo; ele procede a uma individualização centralizada que tem por suporte e por instrumento a escrita; enfim, ele implica uma ação punitiva e contínua sobre as virtualidades do comportamento, que projeta atrás do próprio corpo, algo como uma psiquê”(12).

A organização genética do tempo, proposta por Foucault (12), aponta para modos de disciplinarização dos corpos a partir dos modos de gerir os funcionamentos institucionais. O uso da escrita, utilizada como registro das observações, condiciona os sujeitos submetidos a tal lógica a um controle de seus gestos e comportamentos. Tal mecanismo produz modos de subjetivação que implicam nos modos de controle das vidas, produzindo um efeito simbólico do controle e da vigilância.

O regime sistemático em que os doentes eram submetidos, de alguma forma acabavam por produzir a própria alienação mental: “controle do espaço,

do vestuário, da alimentação, proibição de hábitos inadequados para o sistema, punições com duchas e, por fim, o controle do tempo, talvez a mais cruel e alienante estratégia de controle”(20).

Pessotti (22) afirma que a autoridade é essencial ao manicômio, “a autoridade se funda na competência específica do médico”. Esse mecanismo passa a compor toda a lógica asilar e, em consequência, os tratamentos da doença mental. É também a partir desse poder disciplinar, em que a subordinação é essencial, que instituições como o exército e as escolas passarão a se organizar. Nesta última, “o lugar nas salas era determinado em seus resultados escolares” (12).

A disciplinarização das condutas pode ser expressa através de entendimentos relacionados às novas psicopatologias, como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, por exemplo, em que estratégias terapêuticas são utilizadas com a finalidade de cessar tais sintomas com vistas à adaptação de crianças e adolescentes. Implicitamente tal concepção pode ser compreendida através do seguinte fragmento de uma entrevista:

*“Então é uma criança hiperativa, opa, tem uma questão de impulsividade então eu vou trabalhar o controle inibitório, uma criança com timidez, então promover mais que ela se expresse”.*

Ou então,

*“[Ele] pulava, não conseguia ficar quieto, eu falei ‘não, esse realmente, a gente tem que pensar num controle medicamentoso”.*

A partir disso, é possível questionar as estratégias que visam de alguma maneira os processos normativos e adaptativos, sem considerar o sofrimento e o desejo dos sujeitos submetidos a tais intervenções. Assim como a utilização refinada da forma mais contemporânea de disciplinarização, os psicotrópicos.

É a partir da existência desses resíduos, chamados assim por Foucault, que vão emergir sistemas disciplinares para poder recuperar, adestrar, adaptar esses indivíduos. Em relação à criação de tais instituições normalizadoras, Basaglia (23), médico italiano, evidencia o caráter político das instituições, sendo

cientificamente fundamentadas, a fim de servir à lógica capitalista da naturalização de classes.

“Assim, em semelhança com as demais formas de assistência pública, os manicômios mostram sua mais ampla configuração institucionalizada no momento em que se faz necessário separar o produtivo do improdutivo. Com o nascimento da era industrial a relação já não se estabelece entre o homem e a sociedade humana e sim entre o homem e a produção, o que cria um novo uso discriminante de cada elemento (anormalidade, enfermidade, inadaptação, etc.), em relação a sua possibilidade de obstacularizar o ritmo produtivo”(23).

A partir desse diagnóstico, Foucault (12) aponta que é possível compreender como se articulou a entrada do discurso psiquiátrico e do poder disciplinar no espaço da educação e, conseqüentemente, da infância. Tal ponto será discutido posteriormente. Para isso se fez necessária a utilização do ajuste “função-sujeito à singularidade somática: o corpo, seus gestos, seu lugar, suas mudanças, sua força, seu tempo de vida, seus discursos”(12). Incorporado ao modelo escolar, o poder disciplinar passa a fabricar

“[c]orpos sujeitados; ele é individualizante. [...] por intermédio de um sistema de vigilância escrita projeta um núcleo de virtualidades, uma psiquê, e que estabelece além disso a norma como princípio de divisão e a normatização como prescrição universal para todos esses indivíduos assim constituídos”(12).

Nota-se a presença dos registros escritos como instrumento de controle e vigilância. Vemos que o processo de psiquiatrização se dá juntamente com a incorporação do poder disciplinar e com a institucionalização da loucura. Tal fenômeno de controle e funcionamento institucional apresenta-se também nos espaços escolares e com isso se produz sujeitos que se distanciam das normas e dos modelos de aprendizagem esperados. Devemos considerar tal fenômeno ancorado em uma sociedade capitalista em que a educação e o trabalho passam pela lógica da produção. Com isso, as crianças que não produzem (aprendem) são desviantes da normalidade disciplinar imposta. Vemos com isso o avanço da incorporação da infância pelo discurso médico psiquiátrico.

A verdade psiquiátrica é sempre uma imposição à verdade da loucura. Mas tal verdade se apresenta como discurso clínico ou classificatório, nosográfico. “Nisso, o discurso psiquiátrico que se forma propõe como discurso médico clínico habitual; trata-se de constituir uma espécie de *analogon* da

verdade médica”, buscando em suas teorizações e classificações da doença mental, o modelo médico positivista (12).

Para evidenciar esse poder científico, Basaglia (23), importante autor e psiquiatra responsável pela reforma psiquiátrica italiana, que influenciou diretamente a reforma brasileira, propõe que

“[o] louco se converte automaticamente em objeto da psiquiatria, ciência que estuda os desvios psíquicos e não o homem em sua totalidade. As ideologias científicas servem, portanto, para fixar em termos absolutos esses elementos de sua competência, transformando-os em acidentes naturais contra os quais o homem pode tão pouco como a ciência”(23).

Retomando o nascimento dos asilos para as loucuras e a apropriação da infância, se faz necessário sublinhar novamente a existência do poder disciplinar que atravessa os saberes psicopatológicos e a concepção de normalidade. Com isso, podemos considerar, a partir de Canguilhem, em relação a que se define tal normalidade:

“A definição psicossocial do normal a partir do adaptado implica uma concepção da sociedade que o identifica sub-repticiamente e abusivamente com o meio, isto é, com um sistema de determinismos, apesar de essa sociedade ser um sistema de pressões que, antes de qualquer relação entre o indivíduo e ela, já contém normas coletivas para a apreciação da qualidade dessas relações. Definir a anormalidade a partir da inadaptação social é aceitar mais ou menos a ideia de que o indivíduo deve aderir à maneira de ser de determinada sociedade, e, portanto, adaptar-se a ela como a uma realidade que seria, ao mesmo tempo, um bem”(24).

### **2.2.2 A medicalização do cuidado na infância**

Um ponto importante da crítica atual em relação ao excesso de patologização da vida e principalmente da infância se faz a partir dos tratamentos que visam a adaptação. Essa característica se intensifica com a apropriação da psicanálise pela psiquiatria funcionalista americana, presente nos manuais diagnósticos de transtornos mentais. Tal uso se dá, pois a psiquiatria não tinha uma explicação etiológica própria das doenças mentais, portanto, utiliza-se da psicanálise para tal fim (25). Tal apropriação é feita de modo a simplificar a teoria freudiana à lógica do bem estar e do funcionalismo americano, opondo-se ao entendimento da teoria a qual considera uma ética do sujeito e o sofrimento

inerente ao humano, sendo que o processo de cura não serve a lógicas adaptacionistas, sociais ou econômicas. Com isso, a teoria é utilizada para adaptar os sujeitos, sendo que – paradoxalmente – a mesma considera o mal estar constitutivo dos conflitos inconscientes de todo o humano. Afinal,

“Se as sociedades são conjuntos mal unificados de meios, podemos negar-lhes o direito de definir a normalidade pela atitude de subordinação que elas valorizam com o nome de adaptação”(24).

Todo esse percurso genealógico acima descrito, de algum modo traz luz a um fazer psiquiátrico que, no decorrer no tempo e de suas práticas, foi organizando a disciplina psiquiátrica por todo o mundo.

A psiquiatria, enquanto campo de saber, se organiza a partir de manuais psiquiátricos que classificam tais inaptações e anormalidades, visando com isso a mesma lógica simplista e adaptacionista acima citada. Dunker e Kyrillos Neto (26) discutem criticamente a utilização do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, feito pela APA (American Psychiatric Association), a Associação Americana de Psiquiatria, e retomam historicamente sua construção a partir da necessidade de se obter dados estatísticos relativos ao trabalho realizado nos hospitais psiquiátricos americanos. No ano de 1840, foi realizada a primeira tentativa oficial, utilizando-se apenas a oposição de idiotia e insanidade. “Quarenta anos mais tarde, o censo distinguiu entre sete categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência, alcoolismo”(26).

Tal movimento deu início à construção do primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, que incluiu 22 diagnósticos, lançado em 1918. Nesse primeiro Manual havia a predominância das teorias psicodinâmicas, havendo a oposição entre neurose e psicose. O primeiro grupo é referido em torno do espectro que vai da ansiedade à depressão, com relativa preservação da ligação com a realidade. O segundo caracteriza-se pela presença de alucinações e delírios com perda substantiva da realidade (26).

Em sua segunda versão, o DSM-II, mantém a predominância psicodinâmica e a continuidade da oposição entre neurose e psicose. Porém, nessa revisão a sistematização contou com 180 distúrbios. Tal reformulação, de

1952, levou em consideração novas psicopatologias emergentes do pós guerra (26).

Entre os anos que se seguiram até a revisão e lançamento do DSM-III, em 1980, muitas críticas foram lançadas em relação a esse manual. Dentre elas, o conceito de homossexualidade visto até então como doença, alvo de crítica dos movimentos sociais LGBTs , assim como os conceitos psicanalíticos de neurose e psicose, que recorriam a aspectos teóricos empíricos, não atendendo ao paradigma positivista de ciência vigente (26).

As severas críticas referiam-se à pouca confiabilidade de seus diagnósticos e sobre sua “capacidade em conseguir formular hipóteses de maneira que pudessem ser controladas através dos procedimentos de validação empírico-experimental habituais”(27).

As fortes críticas à psiquiatria também tiveram como fundamento as pesquisas de Rosenhan, publicada em 1973, detalhada no livro “Medicalização em Psiquiatria”, dos autores Freitas e Amarante (28). A pesquisa tinha por objetivo “investigar a experiência de ser internado em uma instituição psiquiátrica” (18). O pesquisador enviou a várias instituições psiquiátricas pessoas sadias. A única orientação era que relatassem ouvir vozes e sentir um vazio existencial. Além disso, deveriam comportar-se normalmente. O resultado: todas foram diagnosticadas com esquizofrenia, justificada com a história de vida das mesmas. Alguns dos achados da pesquisa referem-se à ausência de “confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico e a fragilidade desse saber” (28).

Com isso, tal revisão foi compreendida pelo meio psiquiátrico como uma profunda transformação. Afinal estava surgindo um novo modelo de atenção psiquiátrica descritiva em que também se firmava um novo modelo de tratamento, o farmacológico. Propõe-se então

“um sistema classificatório ateuórico e operacional das grandes síndromes psiquiátricas, esse manual modificou a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica, pois a psiquiatria teria disponível um sistema de diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico-experimental”(26).

Essa nova nosografia de transtornos mentais, elaborada segundo princípios de uma linguística pragmática simplificada, “recortava síndromes

clínicas específicas para quais se consideram legítimas intervenções de natureza psiquiátrica” (27).

No ano de 1994 é lançada a 4ª edição do DSM, apontada pelos autores Dunker e Kyrillo Neto (26) como a dissolução da psicopatologia.

“Listando 297 desordens em 886 páginas, em 1994 o DSM-IV foi publicado. Um comitê de direção de 27 pessoas foi introduzido, incluindo quatro psicólogos. A grande mudança foi a inclusão de um critério de significância clínica para quase metade de todas as categorias que possuíam sintomas e causavam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento. Em 2000, o DSM-IV foi revisado (DSM-IV-R)”(26).

A cada nova edição, cresce o número de transtornos mentais, tendo esse aumento “atingido mais de 200% entre o DSM-I e o DSM-IV-TR” (texto revisto) do ano de 2000. Em maio de 2013 foi lançado o DSM-5 “com acréscimo de 12% de categorias de diagnóstico em relação à versão anterior” (28).

O aumento de categorias diagnósticas necessariamente atingiu a psicopatologia da infância e adolescência, tendo uma conseqüente ampliação dos critérios relacionados ao autismo, transtorno de conduta e hiperatividade, por exemplo. Tal conseqüência contribuiu diretamente para a consolidação da medicalização da infância.

Allen Frances (2012), chefe da equipe que formulou o DSM-IV, discutido em (28), declara sua constatação em relação ao DSM:

“O DSM-IV não salvou o normal, ou até mesmo o protegeu adequadamente. Três anos após sua publicação, os lobistas da indústria farmacêutica obtiveram uma grande vitória sobre a regulação dos medicamentos (...). Rapidamente, as ondas de rádio e as páginas da imprensa foram preenchidas com representações elogiosamente enganosas de que todos os problemas eram de fato algum transtorno psiquiátrico reconhecido”(28).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sistematiza as doenças através da Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID-10). “Por sua vez, desde 1948 a OMS publica e edita oficialmente a CID, que mantém uma racionalidade inseparável do DSM”(28).

Esses manuais de classificação de transtornos psiquiátricos são herdeiros do pensamento de Kraepelin. Os textos de Kraepelin dão origem a diversas

linhas de pesquisa que se mantêm mais ou menos inalteradas até nossos dias. Seu pensamento fundamenta a psiquiatria clássica que busca relações anatomopatológicas como correspondências aos transtornos mentais, bem como a hereditariedade. Seu estudo “inclui um novo modo de classificar as patologias psiquiátricas; a multiplicação de dados estatísticos comparativos entre diferentes populações e regiões”(19).

Tal nosografia, derivada do pensamento organicista de Kraepelin, fundamenta-se na racionalidade dominante, baseando seu procedimento em dois tempos distintos:

“Tempo 1 – identificação do(s) transtorno(s) mental(is) que acomete(m) o paciente, segundo critério explícitos e convencionais de inclusão e exclusão do quadro clínico observado em uma determinada rubrica diagnóstica.

Tempo 2 – intervenção terapêutica orientada pelo diagnóstico do transtorno mental específico (*o target*) e fundamentada em evidências estatísticas e empírico-experimentais da máxima eficácia e segurança do procedimento escolhido (psiquiatria baseada em evidências)”(27).

O sucesso dessa abordagem fez com que um manual classificatório norte-americano passasse a ser referência hegemônica no mundo inteiro, contribuindo para o fortalecimento das terapias ‘baseadas em evidência<sup>1</sup>’, apresentando-se como única alternativa possível para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Tal popularização se expressa através das concepções acerca do atual diagnóstico de Autismo, chamado de TEA (Transtorno do Espectro do Autismo).

Atualmente, o paradigma psiquiátrico justifica-se a partir da explicação do desequilíbrio neuroquímico como causa das doenças mentais. Tal explicação deriva da descoberta de psicotrópicos capazes de oferecer alterações do sistema nervoso central que modifiquem estados e comportamentos de pessoas ditas doentes. Tal modelo explicativo, por exemplo, relaciona a diminuição do neurotransmissor serotonina com o quadro psiquiátrico de depressão, visto que o neurotransmissor é responsável pelo aumento da sensação de prazer. Utilizando-se da mesma lógica, a explicação para os quadros psicóticos justifica-se pelo excesso do neurotransmissor dopamina, que, por sua vez, é responsável pelas sensações e, em excesso, poderia provocar alucinações e delírios

---

<sup>1</sup> As terapias baseadas em evidências referem-se a metodologias utilizadas na prática clínica de profissionais de saúde. Consistem na utilização de evidências científicas desenvolvidas a partir de um rigor metodológico positivista.

sensoriais. Porém, considerando tal paradigma e a dificuldade da psiquiatria em circundar seu objeto e tratamento, o autor americano Whitaker (29) afirma que tais explicações não são consenso na ciência médica e tampouco conclusivas.

“A hipótese da depressão por baixa serotonina e a hipótese da esquizofrenia por excesso de dopamina sempre tinham sido pilares gêmeos da teoria dos transtornos mentais calcada nos desequilíbrios químicos, e, no fim da década de 1980, as duas haviam se revelado falhas. Outros distúrbios mentais também tinham sido alardeados para o público como doenças causadas por desequilíbrios químicos, mas nunca houve nenhuma comprovação que corroborasse essas afirmativas”(29).

O autor explica quais manejos foram utilizados para fundamentar tais explicações.

“Informou-se aos pais que as crianças diagnosticadas com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade sofriam de baixos níveis de dopamina, mas a única razão de lhes ser dada essa informação foi que a Ritalina estimulava os neurônios a liberarem uma quantidade extra de dopamina”(29).

O problema acerca da cientificidade da psiquiatria persiste desde o século XVIII em sua fracassada tentativa de buscar no corpo e em suas funções explicações para fenômenos como a loucura. Whitaker ainda afirma que “a teoria dos transtornos mentais calcada nos desequilíbrio químico, [...], foi abraçada pelos psiquiatras por ter ‘preparado o terreno’ para que eles ‘se tornassem médicos de verdade’”(29).

É possível traçar um paralelo em relação à função dos psicotrópicos na atualidade com os métodos menos convencionais de tratamento da loucura dos séculos XVIII e XIX no que se refere à disciplinarização dos corpos bem como seu papel normatizador das condutas (20).

O atravessamento do discurso medicamento não aparece com frequência, e as entrevistadas tratam com cuidado do assunto, considerando as constantes críticas relacionadas ao uso excessivo de psicotrópicos na infância.

O fenômeno da medicalização, ou seja, a apropriação pela medicina do sofrimento humano, é inerente a tal prática em saúde mental. Talvez seja o novo elemento de poder disciplinar com requintes bioquímicos.

Em relação a esse movimento, é importante destacar que esse fenômeno é a consolidação da aliança da ciência, que normatiza os comportamentos, com

a lógica neoliberal da produção do sofrimento e dos corpos. Sabe-se que os processos da transposição dos saberes sobre os corpos exclusivamente para o campo médico não é um fenômeno recente. Data a partir do final do século XVII e vai

“[...] exercendo-se por meio da pedagogização do sexo da criança, da histerização da mulher, da psiquiatrização das perversões – cada um conduzindo a uma medicalização minuciosa dos corpos e, especificamente, da sexualidade, em nome da responsabilidade na saúde da prole, da solidez da instituição familiar e da sociedade”(30).

O processo de medicalizar a vida é “um ato de despolitizar as dimensões sociais do adoecimento e da saúde”, se evidenciando no pós segunda guerra a partir das políticas sanitaristas do biopoder para controle das massas (30). A medicina “inventa” o corpo do homem moderno a partir desse processo. Seus eixos de atuação passam pela “sanitarização, que teve por objetivo criar “corpos que são disciplinados em relação à saúde”. O segundo eixo trata da medicina no campo da linguagem, ou seja, na apropriação de termos médicos em contextos não médicos, e, por fim, o eixo da “expertise”, responsável pela formação de um arranjo de profissionais médicos e da área de saúde em geral, que passam a intervir nas relações de biopoder (13).

Diante disso, o discurso da verdade sobre os corpos passa pelo gerenciamento da medicina e especificamente da psiquiatria em que o normal e patológico dos comportamentos humanos são categorizados. Em nome dessa concepção justifica-se toda forma de tratamento adotada na psiquiatria.

“Podemos observar que o diagnóstico na clínica atual é algo empregado de nominalismo. [...] é a dedicação obsessiva pelas próprias palavras, tornando-as virtualmente vazias, sem remeter para o trabalho do médico e a efetividade da clínica”(31).

### **2.2.3 A família no cuidado da criança e do adolescente**

Outro ponto importante na história da loucura e da psiquiatrização é o apartamento das famílias do processo de tratamento da doença. Tal fenômeno foi justificado à época, séculos XVIII e XIX, considerando que a gênese das doenças mentais era o seio familiar, implicando no processo de institucionalização dos doentes mentais. A família, para Foucault, é o ponto de

intercâmbio entre um sistema disciplinar e outro. “A melhor prova é que, quando um indivíduo é lançado fora de um sistema disciplinar como sendo anormal, para onde é mandado? Para sua família”(12).

Outro elemento que aponta a imposição do poder médico em detrimento ao poder familiar diz respeito à sexualidade, pelo menos à maneira como foi tratada durante o século XVIII. Foucault (12) evidencia que “a família deve ser o agente transmissor do saber médico. Do corpo da criança à técnica do médico, a família deve no fundo servir simplesmente de intermediária e como correia de transmissão”. Tal modelo agiu de encontro com modos de gerenciamento e vigilância da saúde e doença, servindo ao poder psiquiátrico. O autor ainda afirma que a “medicina funciona como meio de controle ético, corporal, sexual, na moral familiar, e que faz surgir, por outro lado, como necessidade médica, os distúrbios internos do corpo familiar, centrado no corpo da criança”(15). Observa-se que há uma clara contradição a partir da proposição do papel familiar em relação à loucura. Em um primeiro momento, na infância, a família serve à lógica da vigilância respaldada pelo discurso médico preventivo. Quando presente a doença mental, essa mesma família era responsabilizada pela gênese da loucura, deixando implícito o fracasso de tal instituição.

O interrogatório pode evidenciar “que existem nas relações familiares elementos que desencadeiam o processo patológico”(19). Para o pensamento da psiquiatria da época, a predisposição hereditária seria um dos muitos elementos causais articulados que possibilitam o surgimento da doença mental, propiciando com isso, um lugar médico para as famílias (19).

A educação natural, como define Foucault (15), a educação familiar, deve obedecer a certo número de regras que garantam a sobrevivência, de um lado, e seu desenvolvimento normalizado, do outro.

E quando a família não desempenha mais sua função, Foucault (12) aponta que a partir do século XIX aparece uma série de dispositivos disciplinares que têm por função paliar o enfraquecimento da família.

“Cada vez que um indivíduo era incapaz de seguir a disciplina escolar ou a disciplina da oficina, ou a do exército, no limite a disciplina da prisão, a função-psi intervinha. E intervinha com um discurso no qual ela atribuía à lacuna, ao enfraquecimento da família, o caráter indisciplinável do indivíduo. Assim vocês vêem aparecer, na segunda metade do século XIX, a imputação à carência familiar de todas as insuficiências disciplinares do indivíduo”(12).

Tal disciplina corresponde a um modelo imposto pela burguesia, que responde a um modo de gerir a sociedade. O que foge à norma coloca em risco o domínio de tal classe dominante.

“Nesta perspectiva no nosso nível de desenvolvimento, cada contradição deve ser isolada e deve achar-se o espaço separado onde o sujeito pague por si mesmo a contradição que representa. O que importa é descobrir rapidamente o diferente e isolá-lo para confirmar que não somos nós (os sadios, os normais, os bons cidadãos), isto é, a estrutura de nossa organização social que produz contradições, é sempre o outro, o estrangeiro, o corruptor, “as más companhias” os que produzem o contágio, que deve ser prevenido e neutralizado para proteger a coerência da norma, ou seja, os parâmetros que definem a ordem moral e pública. Nesta tentativa de descobrir precocemente a “diferença” se baseia o caráter preventivo das ideologias, assim como na confirmação desta diferença se baseia o caráter violento das instituições”(23).

Diante disso, o autor ainda destaca que

“Se deseja encarar de verdade o problema da marginalização e da inadaptação, deve-se estudá-las em relação à estrutura social, à divisão antinatural sobre o qual tal estrutura se apoia e não como fenômenos isolados, simples anomalias individuais das quais certa porcentagem da população tem a desgraça de ser sujeito”(23).

Para isso, a família, em nome do saber médico psiquiátrico, passa a controlar os gestos, a maneira de se comportar, impedindo, por exemplo, a masturbação, tornando a normatização objeto de saber no interior dela mesma. Por um lado, as famílias passam a oferecer o material que constitui o lucro da psiquiatria, a vigilância da normalidade e dos desvios e, por outro, há o processo de psiquiatrização, pois precisamente a infância é sempre interrogada no adulto louco, como gênese do enlouquecimento (12,19).

“O olho familiar tornou-se olhar psiquiátrico ou, em todo caso, olhar psicopatológico, olhar psicológico. A vigilância da criança tornou-se vigilância em forma de decisão sobre o normal e o anormal; começou-se vigiar seu comportamento, seu caráter, sua sexualidade; e é então que vemos emergir justamente toda essa psicologização da criança no interior da própria família”(12).

Donzelot (32) corrobora a apropriação médica das famílias, anunciando mecanismos normatizadores de educação.

“Entre as últimas décadas do século XVIII e XIX os médicos elaboraram para as famílias burguesas uma série de livros sobre a criação, a educação, e a medicação das crianças. [...] No século XIX os textos médicos dirigidos às famílias mudam de tom e se limitam a conselhos imperativos”(32).

Em relação às famílias populares, não são utilizados os mesmos preceitos, considerando-se a alta taxa de analfabetismo. Trata-se nessa classe não de uma “proteção discreta, mas de uma vigilância discreta”(32).

Caliman (33) corrobora o protagonismo do papel da família diante do discurso médico. “Nos anos [19]30 e [19]40, o deslocamento da leitura moral da doença mental infantil para a leitura médica e psiquiátrica baseou-se principalmente na análise das relações familiares patogênicas(33)”. Tal afirmação parte da compreensão acerca da influência das teorias dinâmicas das concepções psiquiátricas.

Apresentadas algumas contradições referentes ao papel das instituições asilares e da família em relação ao discurso médico e da doença mental, vemos durante todo o final do século XVIII e século XIX práticas de psiquiatrização da loucura com a utilização do asilo como tratamento. Esse tratamento é reforçado pelo poder disciplinar que tem como objetivo normatizar certos grupos que fogem à norma estabelecida. Como descrito acima, tal movimento disciplinador e de vigilância das anormalidades compartilham também do espaço escolar, tendo como objeto inicial crianças com debilidade mental e as que não aprendem. Tal apropriação da infância pelo campo psiquiátrico tem seu aperfeiçoamento no século XIX, com a necessidade de se buscar na infância um rastro da loucura.

“O fato é que, contemporaneamente, observa-se que a práxis médico-psiquiátrica na infância prescinde completamente da escuta da narrativa dos pais sobre seus filhos, localizando o olhar médico, exclusivamente, nas sintomatologias apresentadas pela criança, cuja causa é atribuída a uma falha no real do corpo, mais precisamente a uma falha no funcionamento cerebral e seus mecanismos neuroquímicos, o que, aliás, justifica e fundamenta a medicalização”(34).

Atualmente é claro que “grande parte dos transtornos psiquiátricos diagnosticados em adultos tem história de início na infância ou juventude”(35). Tal proposição relaciona-se com os fazeres médicos da atualidade.

A família, nos serviços substitutivos, ocupa o espaço de objeto de intervenção, podendo ser considerados ora a gênese do adoecimento psíquico,

ora insuficiente no cuidado com a complexidade das crianças e adolescentes da atualidade. A partir disso, observamos tais considerações a partir do relato selecionado abaixo.

*“A orientação de tá mais próximo da família, né? Eu acho que as famílias estão muito desestruturadas, né? Então eu acho que isso, assim, as crianças ficam meio filho de ninguém, muita gente mudando ou não mudando, né? Então são filhos de ninguém, né? E os adolescentes acabam ficando nessa questão também, né? Eles acabam ficando sozinhos sem pessoas para contar, né? Não tem uma família efetiva ali, né? Parece que não se constitui efetivamente quando fica nessas separações, né? Meu pai, meu padrasto, minha mãe, minha madrasta. Eu acho que eu sinto que isso é um fator bem grave”.*

Diante de tal exposição, é possível observar a presença de valores referente aos modelos de família nuclear burguesa, em que consideram a estrutura familiar como determinante dos processos de desenvolvimentos saudáveis e desqualificando outros modos de organização funcional. Contudo, é importante salientar que tal modelo familiar vem se modificando no decorrer da história, sofrendo impactos socioculturais, deixando paulatinamente os aspectos liberais de propriedade privada e patriarcado presentes em sua formação original, aliada ao mercantilismo (32).

#### **2.2.4 Os serviços substitutivos**

Historicamente o sistema econômico tem marcado subjetivamente nossas constituições, bem como nossas práxis (36). Sob a lógica do consumo, as práticas neoliberais<sup>2</sup> encontram por meio do imperativo do gozo e do hedonismo, presentes em nossa cultura, modos de produzir subjetividades também ligadas ao consumo. Considerando a produção de diagnósticos psiquiátricos atravessados pelo neoliberalismo, apresentam-se categorias diagnósticas *prêt-à-porter* (prontas para o consumo), que encontram no mundo imediatista um

---

<sup>2</sup> Para a economia trata-se de uma doutrina, desenvolvida a partir da década de 1970, que defende a absoluta liberdade de mercado e uma restrição à intervenção estatal sobre a economia. Recentemente, a leitura sobre o neoliberalismo adota o sentido de “*racionalidade governamental* ou como *arte de governar*, que estende as práticas e valores econômicos para todas as dimensões da vida humana, inclusive para domínios não econômicos, como as relações da esfera da intimidade, e que visa inclusive a produção de uma nova subjetividade”(36). Nesse sentido, práticas neoliberais referem-se à lógica do individualismo, ao consumidor de saúde e felicidade, por exemplo.

sujeito do mal estar armado por um “arsenal socializante” de antidepressivos e ansiolíticos. Aliado a esse movimento, ocorre o enaltecimento do individualismo que desloca o sujeito a uma imensidão de si, altamente narcísica e espetacularizada. Imerso no mundo da tecnologia e das redes sociais, esse fenômeno se evidencia através da publicização da vida privada do sujeito, quase como um mecanismo de sobrevivência ou até mesmo de existência, e se consolida pelo consumo (37,38).

“A relação do sujeito com o objeto do desejo é problemática. Não existe nenhum objeto adequado ao desejo, o desejo é de estrutura desejo de outra coisa, indefinidamente. Há sim objetos identificáveis de demanda, mas estes de certa forma são insatisfatórios na medida em que não correspondem ao objeto de desejo sempre fugidio”(38).

Atualmente observamos o ressurgimento da explicação organicista do sofrimento e das condutas morais de jovens e crianças. O renascimento do sujeito biológico utiliza a medicalização para o aumento de sua performance, uma vez que somos todos sujeitos apressados, conduzidos à velocidade vertiginosa da vida líquida. “O ‘curto prazo’ substituiu o ‘longo prazo’ e fez da instantaneidade seu ideal último” (39).

Vivemos em uma sociedade em que a velocidade nos regula: desde a internet e sua velocidade à velocidade das crianças que estão sujeitas aos diagnósticos de hiperatividade. Nosso principal meio de comunicação e entretenimento – o celular – nos aproxima e nos distancia. Além disso, outros diagnósticos, como os de autismo, são feitos à base da velocidade que, aliada a critérios frágeis, produzem altas estatísticas em torno dos transtornos psicopatológicos. Produzimos uma sociedade e seus doentes.

“Hoje, os adolescentes que não correspondem às exigências de momento já não se comportam mal, não são considerados mal-educados ou negligentes: têm um déficit; não são inquietos, sofrem de um transtorno; não são distraídos, tem uma doença...; são diagnosticados como deficientes, como anormais”(21).

Diante disso, o discurso da verdade sobre os corpos passa pelo gerenciamento da medicina e especificamente da psiquiatria em que o normal e patológico dos comportamentos humanos são categorizados. Vemos isso claramente quando utilizamos essa perspectiva para enunciar a situação da infância nesses tempos. O que se observa atualmente é um aumento expressivo

dos diagnósticos do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a prescrição do estimulante Metilfenidato como tratamento. Para Caliman (33):

“O TDAH foi constituído na economia biomédica da atenção, característica das últimas décadas do século XX. Ao mesmo tempo, ele pertence a um período que extrapola a criação de seu conceito diagnóstico e o vincula à história do sujeito cerebral. Sendo parte de um processo mais geral de somatização e cerebrização da identidade, ele pertence à história da constituição das biologias morais da vontade e da atenção”(33).

Esse diagnóstico de doença neurológica, amplamente difundido, refere-se a comportamentos de agitação e/ou dificuldade de atenção, principalmente no ambiente de aprendizagem escolar. Não é nova sua utilização, tendo sido modificado ao longo da história do século XX com diferentes nomenclaturas. O que é evidente é a expressiva apropriação de comportamentos como patológicos (33).

“Os diagnósticos incluídos na história do TDAH são aqueles que fortaleceram o processo de patologização dos indivíduos incapazes de satisfazer as expectativas morais, políticas e econômicas da sociedade na qual viviam”(33).

E ainda, para a autora (33),

“Na história da psiquiatria, a patologização do indivíduo inapto ou não adaptado não é um processo recente, mas, na constituição do TDAH, ela se vincula à cerebrização das disfunções adaptativas. Nela, o sucesso e o fracasso adaptativo tornaram-se dependentes do funcionamento cerebral, de sua neuroquímica e de seus ajustamentos e correções pontuais”(33).

A partir dessa lógica, podemos nos atentar às preocupações do liberalismo que, anteriormente, estava voltado à manutenção da felicidade para o aumento da produção. Atualmente, o neoliberalismo atua a partir da lógica da produção da tristeza e do medo para o aumento dos lucros, seja através do consumo de remédios, seja pela captura da subjetividade. E ainda

“Os diferentes estilos de vida, a proliferação de mundos possíveis são na realidade, uma variação do mesmo; os modos de vida capitalistas, produzem uma homogeneização e não a singularização das individualidades. A criação dos possíveis não é aberta à imprevisibilidade do acontecimento, mas é codificada segundo as leis dos capitais [...]”(40).

A cooptação das identidades, o aproveitamento das diferenças e dos discursos para as minorias são as novas bandeiras do capitalismo. Atualmente se inclui a todos, se vende tudo, se consome tudo, inclusive a subjetividade. A partir desse entendimento, os diagnósticos servem à mesma lógica. A produção de diferenças é massacrada e homogeneizada sob a vigilância especializada. A subjetividade é classificada, adaptada, tratada, percebida nas escolas e serviços de saúde mental infantil, a partir dos encaminhamentos de crianças que ‘não param quietas’, ‘não prestam atenção’, ‘não aprendem’, etc. Assim se alimentam os processos de patologização da diferença numa sociedade do consumo e disciplinar.

Nesse sentido, concepções que corroboram tais discussões são apresentadas a partir de conceitos que consideram os aspectos da normatização dos comportamentos e a busca por ideais de felicidade e conduta, adequados às normas estabelecidas. Expressões como “*trabalhar com o controle inibitório*” diante de comportamentos não adequados, evidenciam esse aspecto conceitual.

Para melhor compreender o funcionamento dos serviços substitutivos e as intervenções ofertadas, a partir desse novo paradigma, é necessário brevemente retomar a história das políticas públicas da área.

Em relação ao modelo de assistência à pessoa com transtornos mentais no Brasil, até a década de 1980, este foi majoritariamente ofertado a partir da lógica hospitalocêntrica, como em boa parte do mundo ocidental (8). A loucura, não muito diferente do que a história conta, foi relegada dos espaços comunitários, prática que serviu ao paradigma das políticas higienistas e biomédicas. Com isso, os tratamentos eram a internação com privação da liberdade, produtora de afastamento e gradual perda dos vínculos familiares e comunitários, o uso de psicofármacos e o silenciamento do sujeito através das práticas institucionais que o excluía da construção de seu processo de cuidado.

Além da perda dos vínculos familiares e comunitários decorrente da privação de liberdade, tal estratégia se apresentava como uma das práticas da concepção higienista em relação à loucura, em que o diferente, o improdutivo, o louco deveria ser retirado do convívio social para que assim houvesse a

manutenção da moral reguladora dos modos de se comportar e de sofrer. Logo, através das internações das figuras indesejadas social e moralmente, o padrão de normalidade se reestabelecia no imaginário social (16).

Os discursos científicos que justificavam essa lógica se referiam aos ditos da verdade higienista que atravessava e constituía. Para compreendermos essa trama, devemos considerar a ideia de verdade que embasa o pensamento científico. Dessa forma, recorreremos a Nietzsche (41) para entendermos que a origem do *mundo verdade* está “[...] no fato de verem na lógica e nas categorias da razão, em meios de acomodar o mundo para fins utilitários (portanto, ‘em princípio’, para uma falsificação útil) o ‘critério de verdade’, isto é, da realidade”(41).

A partir disso, sabe-se que toda justificativa científica tem, como apelo central, a produção de novos estados de bem estar para a existência humana. Não fugindo à essa ideia, o tratamento psiquiátrico se constitui. Contudo, a partir de muitas denúncias de maus tratos, abusos e ineficácia em suas pretensões terapêuticas, o modelo asilar vai à falência.

Como define Amarante (4),

“[...] o mundo do confinamento não serviu apenas à ordem política e econômica, que necessitava esquadrihar o espaço público destinando lugares de inclusão e exclusão social. Serviu também, e nisso o Brasil foi praticamente inigualável, a uma promissora ‘indústria da loucura’”(4).

A década de 1970 foi marcada pela organização de muitos movimentos sociais, que de maneira geral lutavam por um país democrático e pela garantia de direitos, sendo marcado também pela importante VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que, a partir da participação social de movimentos sociais, trabalhadores da saúde e usuários, reuniram-se em torno da proposta de que a saúde deveria ser “direito de todos e dever do Estado” (Art. 196 da Constituição Federal de 1988) (42,43). Apenas em 1988 o sistema de saúde pública brasileira ganha base legal com a chamada Constituição Cidadã (8).

Somente no ano de 2001, através da lei nº 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, o poder público dispõe sobre a proteção e os direitos

das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial(2,8,43). Essa lei privilegia o atendimento psicossocial no território, visando a “reinserção social do paciente em seu meio” e coloca a internação sob a indicação em casos que os “recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes”(2). Essa lei também definiu os tipos de internação: compulsória, voluntária e involuntária, bem como a gradual extinção dos hospitais psiquiátricos. No ano de 2002, a portaria do Ministério da Saúde, nº 251, estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria na rede do SUS.

Surge em 2002, através da portaria nº 336, a criação e regulamentação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (3,44). A partir dessa portaria se estabelecem as modalidades de serviços CAPS I, CAPS II (CAPS infantojuvenil e CAPS álcool e outras drogas) e CAPS III (em que o atendimento é 24 horas, 7 dias por semana), “definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional”(3). Os atendimentos seguem a atenção diária, em modalidades intensivo (frequência diária), semi intensivo (acompanhamento frequente) e não intensivo (frequência menor), a depender da necessidade e crise do usuário, estabelecido pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS). Outra disposição trata do funcionamento, que deve ocorrer no território de abrangência dos usuários, princípio do SUS, sendo necessária a utilização de espaço físico próprio e independente de qualquer estrutura hospitalar. Sobre os CAPSi Couto, Duarte e Delgado (35) colocam que:

“Os CAPSi foram propostos a partir de 2002, sob os mesmos princípios que regem as demais tipologias de CAPS no país. São serviços territoriais, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do SUS, com função de prover atenção em saúde mental baseados na integralidade do cuidado. [...] São prioritários os atendimentos para autistas, psicóticos e para todos aqueles cuja problemática incida em prejuízos psicossociais severos (na socialização, inclusão escolar, familiar/comunitária etc.)”(35).

Essa portaria, nº 336, que orienta em território nacional o funcionamento dos CAPS, apresenta os profissionais, psicólogo, assistente social, enfermeiro,

terapeuta ocupacional, médico psiquiatra e profissionais de nível médio, além dos tipos de assistência que deverão ser prestados aos pacientes. São elas:

“a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio; d - visitas domiciliares; e - atendimento à família; f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; g - acolhimento noturno. [no caso dos CAPS III]”(3). [grifo do autor]

Especificamente o CAPSij é enquadrado como CAPS II, em decorrência de sua complexidade e porte. De acordo com a portaria do Ministério da Saúde, esse tipo de CAPS apresenta pouca diferença em relação às modalidades dos atendimentos ofertados, como a inclusão da escola como forma de inclusão social e o desenvolvimento de ações intersetoriais com as áreas de assistência social, educação e justiça. Contempla a possibilidade de incluir profissionais da fonoaudiologia e pedagogia, bem como outro profissional que seja necessário ao projeto terapêutico (3).

É importante apontar que essa portaria regulamenta o papel dos CAPS na articulação da rede de saúde mental do território, bem como um regulador da porta de entrada da rede psicossocial. Outros importantes papéis desse dispositivo são a responsabilidade pela gestão e coordenação da rede de cuidados em saúde mental, o CAPSij especificamente relacionado às crianças e adolescentes, supervisão e capacitação das equipes de atenção básica e o cadastro dos usuários que fazem uso de medicamentos essenciais e excepcionais (3).

“No caso específico do Brasil, a implantação de CAPSij (para atendimento de transtornos mentais que envolvem prejuízos severos e persistentes) e o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial da saúde mental com outros setores públicos (visando a cobertura de problemas mais frequentes que envolvem prejuízos mais pontuais) constituem, atualmente, os pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes”(35).

Supera-se, dessa forma, o processo de desospitalização, porém ainda se faz necessário, através dos novos serviços, desconstruir a cultura que sustenta o modelo psiquiátrico clássico, que se reduz às psicoterapias individuais e à

administração de fármacos, que ainda permanecem como principais estratégias de cuidado nesses serviços. A necessidade é de desconstrução, desinstitucionalização, ou seja, de superar a ideia da “doença como falta e como erro”. O desafio se apresenta na urgência de olhar para a vida concreta dos sujeitos e suas experiências de sofrimento a partir de uma “terapêutica cidadã”(4).

Nesse sentido, os CAPS têm como estratégia o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico no território em que elas se mantêm vinculadas; o estabelecimento de parcerias com os familiares; a inserção social pelo trabalho e a utilização dos recursos comunitários (43). Com isso, busca-se a compreensão do sujeito que sofre a partir de um novo paradigma que não serve mais à lógica biomédica de doença mental, mas ressignifica o entendimento a partir do desenvolvimento psicossocial do sujeito. A cada fazer nesse complexo campo, os profissionais se deparam com um novo viés em seu cotidiano, “uma nova lógica – a produção de saúde mental”, como afirma as autoras Lykouropoulos e Péchy (45).

“A ética da Atenção Psicossocial, tal como tem sido proposta pela Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária em alguns de seus desdobramentos atuais, tem se encaminhado para uma modalidade de laço social de produção de Atenção em que o sujeito – simultaneamente considerado como indivíduo com inconsciente e como possibilidade de produzir sentido novo para as diferentes injunções sociais e subjetivas do cotidiano – deve poder chegar a situar-se no lugar do trabalhador principal do processo da produção dessa Atenção. Deve-se ver aqui uma consequência imediata da diretriz que propõe a participação popular no planejamento, na gestão e no controle dos processos de produção; bem como nas decisões de o quê e como produzir”(46).

Diante da breve exposição da portaria que regulamenta os serviços psicossociais no território nacional, é possível observar termos como “paciente”, “integração”, “doente mental”, “medicamentos essenciais” e “transtornos mentais”, que remetem a uma concepção considerada manicomial relativa à trajetória histórica desse dispositivo. Sabemos que, sob a ótica da análise discursiva, “o poder forja uma realidade social ao mesmo passo em que controla, com o uso da linguagem, as práticas discursivas”(47).

“Os efeitos produzidos no discurso são evidenciados pela história, por efeitos ideológicos, como se os efeitos do discurso fossem já neutros, a priori. [...] É no discurso que se observa a determinação histórica dos sentidos, uma vez que não se trata de cronologia e sim da maneira como os sentidos são inscritos na história, como são formulados, constituídos e o modo de sua circulação”(47).

Aqui, os sentidos se apresentam a partir de um documento oficial e normatizador de organizações de serviços e de práticas em saúde mental pós reforma psiquiátrica. Contudo, nos parece que certas ideologias, “lente pela qual o indivíduo enxerga a si e ao mundo e se relaciona com o outro”(48), ainda se fazem presentes na manutenção de uma lógica em que predominam entendimentos organicistas e manicomiais, os quais compreendem o sofrimento psíquico sob a ótica da doença, que tem como desdobramento o tratamento e a cura.

O discurso não é individual, é a manifestação sobredeterminada de sentidos sócio históricos, que em alguma medida já fez sentido antes (47,48). A partir disso, compreendemos “paciente” como uma relação hierarquizada e passiva, contraditória em relação à proposição de autonomia e participação democrática nesse novo modelo assistencial, discurso utilizado historicamente na construção da clínica e da relação médico-paciente.

Há uma contradição na utilização dos conceitos de “doente mental” e “portador de transtorno mental”, ambos conceitos referentes ao sofrimento psíquico a partir da concepção médica psiquiátrica, que compreende expressões que fogem à normalidade como algo da ordem da patologia, bem como a concepção etiológica ausente, já discutida neste trabalho. Contudo, isso não reflete a nova política que tem como fundamento a multiplicidade da expressão humana em seus diversos modos, devendo considerar o sofrimento como fator de cuidado. A partir dos achados das entrevistas, nomenclaturas como “paciente”, “usuário” e até mesmo “criança” e “adolescente” foram utilizados, coerentes com o novo paradigma.

A partir da análise foucaultiana de discurso, podemos compreender que “os discursos não descobrem verdades, senão as inventam” (10). A busca da compreensão desse discurso da reforma psiquiátrica brasileira, parte da compreensão de que o discurso da verdade não estão em nenhum lugar

ancorados, “mas se distribuem difusamente pelo tecido social, de modo a marcar o pensamento de cada época, em cada lugar, e, a partir daí, construir subjetividades” (10).

Tal definição faz paralelo com os discursos produzidos pelo movimento da Luta Antimanicomial e os profissionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em relação à compreensão do usuário do serviço de saúde mental na sociedade.

Diante disso, uma contribuição importante para pensarmos a mudança do paradigma em saúde mental é explicitada por Desviat, em que o usuário da rede psicossocial é colocado como protagonista de seu próprio cuidado em saúde.

“Temos, pois, para pensar a saúde mental, um eixo político, a organização sanitária, e um eixo psicopatológico. Dois eixos que foram determinantes do modelo assistencial, do modelo de atenção à saúde mental, aos quais acrescentamos, cada vez com mais presença, um novo eixo: o empoderamento do cidadão, o envolvimento da população nas formas de gerir a saúde e a doença, os saberes profanos no conhecimento, na construção do saber sobre a saúde”(21).

O protagonismo do usuário do serviço de saúde mental é exercido também a partir de assembleias, que são espaços para discussões coletivas das problemáticas vivenciadas no serviço, bem como na utilização de propostas de cuidado em relação ao território, como determina a política atual. Porém esse dispositivo não funciona em nenhum dos serviços pesquisados.

Outro ponto importante destacado pelo autor (21) trata-se do compromisso ético-político dos trabalhadores, a partir de novas concepções e entendimentos nesse campo. Tais concepções compreendem em si novas atitudes que transcendam ao mero atendimento clínico “focado no paciente como um depósito individual de patologia para projetar-se na comunidade, tentando produzir mudanças positivas em suas instituições: escolas, empresas, associações de cidadãos e na própria comunidade”(21).

Diante de tais estruturações da recente criada RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde lança uma Cartilha intitulada: Saúde Mental no SUS (49), que teve por objetivo apresentar a RAPS, o surgimento dos CAPS, quem seria atendido nesse serviço,

quais as atividades oferecidas e também direcionamentos organizacionais que auxiliariam os municípios a organizarem o CAPS em suas cidades.

O capítulo 14 dessa cartilha trata especialmente dos CAPS para a infância e adolescência, aborda como é um CAPSij, a quem é destinado e afirma o papel da família nesse processo. Eles apresentam o público alvo dos CAPSij como sendo “crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente”(49). Observa-se a partir desse fragmento a mudança conceitual e paradigmática que está em voga apenas dois anos depois de instituída a portaria. Nesse contexto é utilizado o termo “comprometimento psíquico” para referir-se ao que antes foi tratado como doente mental ou portador de transtorno mental.

O texto segue categorizando o público como “portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais”(49). A partir desses conceitos, é possível marcar a forte influência dos constructos psicanalíticos que embasam essas concepções psicopatológicas, como neurose e psicose, que foram abandonadas pela atual psiquiatria organicista. Tais concepções referem-se à lógica de um funcionamento estrutural psíquico, que já foi utilizado pelos manuais psiquiátricos, conforme apresentado anteriormente.

Outro ponto bastante interessante diz respeito à afirmação de que as psicoses e autismos “são condições clínicas para as quais não se conhece uma causa isolada que pode ser responsabilizada por sua ocorrência” (49). Tal fragmento não se alia aos anunciados hegemônicos das atuais explicações biológicas e neuroquímicas para as manifestações das expressões de sofrimento na infância. O texto segue propondo a prioridade do tratamento em ambiente doméstico e familiar, relacionando tal proposição a uma maior probabilidade de sucesso. Contudo, é enfatizado o acompanhamento e suporte familiar por equipe interdisciplinar.

O direcionamento dessa cartilha do Ministério da Saúde aponta para a inserção social e comunitária de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico considerando espaços da assistência social e primordialmente os espaços escolares. E por fim, considera que o objetivo terapêutico não visa a remissão total do problema, mas afirma que “a obtenção de progressos no nível de

desenvolvimento, em qualquer aspecto de sua vida mental, pode significar melhora importante nas condições de vida para eles e suas famílias”(49).

Em 2009, através da portaria nº 1.190, amplia-se o acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas. Nesse quesito, o cuidado referente às crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas fica a critério da gestão municipal direcionar ao CAPSij ou CAPSad. Nesse sentido, a partir das entrevistas realizadas, foi possível observar que o direcionamento dado aos adolescentes, em uso abusivo de drogas ilícitas, é o encaminhamento aos CAPSad, especializados no tratamento de pessoas com transtornos mentais em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesse sentido, desconsidera-se o aspecto do desenvolvimento como determinante nos processos de cuidado. Tal funcionamento fica claro com a seguinte colocação: *“nossa proposta é assim, tem queixa de dependência química, uso de drogas, vai para o AD (CAPSad)”*.

E ainda, de forma transversal à essas ações da saúde mental no SUS, o governo federal, no ano de 2003, institui a Política Nacional de Humanização do SUS, HumanizaSUS. De acordo com Pasche, Passos e Hennington (50), tal política tem por objetivos:

“(1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores”(50).

Essa política, que visa efetivar os princípios do SUS, trouxe ao cenário dos CAPS dispositivos conceituais que possibilitaram uma melhoria do atendimento a partir da lógica antimanicomial. Referenciais como clínica ampliada e compartilhada, a qual compreende o sujeito para além de sua doença, a partir de uma compreensão biopsicossocial (51). Nessa mesma proposição, os pressupostos da gestão democrática, reuniões de equipe, projeto terapêutico singular e o conceito de Ambiência. Esse último, de extrema importância para a articulação e promoção de saúde nos espaços CAPSij. Para Santos e Onocko-Campos (52):

“São tarefas de “Ambiência”: atender os acolhimentos espontâneos; articular a intervenção nas crises, para dentro e para fora do CAPSi quando necessário; atentar para as atividades que os usuários realizam (sonecas, jogos, artesanatos, bate-papos, atividades expressivas, seja propondo-as, seja mediando-as); ouvir e encaminhar pedidos eventuais dos usuários em relação a dispensação de medicação ou outro procedimento de enfermagem, agendamento de consultas/ terapias/ atendimentos grupais ou de referência; coordenar os momentos de refeição; cuidar do espaço físico do CAPSi e dos materiais disponíveis, em co-responsabilização com os demais presentes; gerenciar os imprevistos na cobertura de profissionais para as terapias agendadas (individuais ou grupais); dialogar com os demais profissionais e as ações que irão desempenhar em um dado período”(52).

Com esse dispositivo, a disposição terapêutica e a convivência do coletivo são instrumentos importantes nos espaços CAPSij.

Em 2011, é aprovada a Portaria nº 3.088, instituindo a RAPS estabelecendo a nível nacional, os critérios de organização e pontos de atenção no SUS. Em cada região deve-se estruturar da seguinte forma:

“(1) atenção primária; (2) atenção psicossocial especializada; (3) atenção à urgência e emergência; (4) atenção residencial de caráter transitório; (5) atenção hospitalar; (6) estratégia de desinstitucionalização; (7) reabilitação psicossocial”(53).

No ano de 2013, é lançado o Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e unidades de acolhimento. Em 2014, 12 anos após a Portaria 336/02, que institui os CAPS, o Ministério da Saúde, juntamente ao Conselho Nacional do Ministério Público, lançam a Cartilha “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” (54). Nesse documento, o objetivo de ambos os setores foi “avançar o acesso e a qualificação das ações voltadas à população de crianças e adolescentes nos âmbitos jurídicos e de atenção à saúde, com ênfase na atenção psicossocial”(54). A criação desse documento justifica-se, pois, para Couto, Duarte e Delgado (35)

“Duas principais ações estão em curso nos últimos anos: 1) a implantação pelo SUS de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e 2) a construção de estratégias para a articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência: saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos, com vistas à integralidade do cuidado”(35).

Nesse novo documento, as crianças e adolescentes são abordados a partir da perspectiva de sujeitos de direitos. Seus capítulos discorrem sobre os direitos fundamentais à saúde e à RAPS. Outros pontos levantados referem-se à relação estratégica com a educação, sobre o uso de drogas, as medidas socioeducativas e situações de violência.

No capítulo 4, que contempla “A atenção psicossocial de crianças e adolescentes”, a concepção de saúde mental leva em conta as dimensões biológica, psíquica e social, apresentado através de narrativas das entrevistadas nos aspectos relativos a gênese do transtorno mental. Muitas consideram a multifatorialidade na composição do adoecimento, enfatizando os aspectos relacionais e genéticos. Posto isso, a saúde mental deve considerar como diretriz, de acordo com o documento, que a criança e o adolescente são sujeitos, detentores de lugares autênticos de fala. Nesse sentido, observa-se o exercício do protagonismo, fruto das narrativas antimanicomiais em saúde mental.

O texto segue considerando o acolhimento como estratégia de cuidado psicossocial, o encaminhamento implicado e corresponsável a outros serviços, construção de rede intersetorial, trabalho no território e pôr fim a avaliação e construção compartilhadas nas necessidades de saúde mental. É possível analisar que o direcionamento das políticas aponta para horizontes que consideram o território e a autonomia como fundamentais no processo de reestabelecimento da saúde.

### **2.2.5 – Desafios atuais**

Como discutido acima, um importante ponto na reforma psiquiátrica é o cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes. Em um primeiro momento dessa análise, podemos apontar que historicamente o acompanhamento das crianças “loucas” era realizado por instituições filantrópicas, associações e escolas especiais, dentre outras, sendo apenas a partir do século XXI o início da elaboração de políticas específicas(35,55).

“Antes desse momento, o país não dispunha de formulações pelo setor da saúde mental que orientassem a construção de uma rede de

cuidados para crianças e adolescentes com problemas mentais, ficando as ações assistenciais, quando existentes, circunscritas à agenda dos setores da assistência social e educação, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais”(55).

Em seguida, vemos a ausência da delimitação do campo do sofrimento psíquico na infância e adolescência que carregava, muitas vezes, o tom de delinquência ou até mesmo de negligência do Estado. Os autores Couto e Delgado (56) corroboram tal afirmação:

“A inflexão comunitária fez emergirem novas questões para a saúde mental – só visíveis a partir do território – como a necessidade de inclusão no campo do cuidado psicossocial dos problemas mentais em crianças e adolescentes que, por décadas, foram desconsiderados na agenda pública ou ficaram relegados à intervenção de instituições de caráter disciplinar, corretivo ou normalizador, situadas fora do sistema formal de saúde mental”(56).

Marcam essa mudança de cenário a Convenção da ONU (Organização das Nações Unidas) e o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), Lei nº 8.069/90, no início dos anos 1990, associados à emergência da Lei da Saúde Mental e à realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001. Porém, somente a partir do ano de 2006 os CAPS Infantojuvenis (CAPSi) passaram a ser objeto de amplos debates para a construção de sua delimitação ética e institucional, ainda que a política em processo de consolidação, de 2002, já contemplasse a existência de um dispositivo de cuidados à saúde mental de crianças e adolescentes, conforme já mencionado anteriormente. Dessa forma, essa delimitação se apresenta como dificuldade nos debates e isso fica evidente a partir da concepção de que “a saúde mental de crianças e adolescentes não foi objeto direto na Reforma Psiquiátrica planejada como mudança de paradigma do cuidado excludente vivido pelos adultos no interior dos manicômios” (45), sendo expressados pelas entrevistas através da falta de clareza em relação aos aspectos psicopatológicos, por exemplo. O que difere-se do modelo de atenção ao adulto, historicamente consolidado.

“Para a infância e adolescência, a Reforma Psiquiátrica brasileira não significa a superação do modelo hospitalar psiquiátrico que, a rigor, não foi aplicado a elas. Significa, ao contrário, a superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado que amparassem ações cidadãs e não segregadoras. Configura-se para a

Reforma, portanto, um percurso distinto dos adultos, mesmo que equivalente no que diz respeito à necessária inscrição de princípios e diretrizes potentes para orientar a montagem de redes de atenção baseadas no cuidado em liberdade”(55).

Com isso, os CAPS Infantojuvenis têm por objetivo garantir a possibilidade de experienciar a vida em sua complexidade e também no estabelecimento de laços e referenciais de pertencimento social. Pode-se assim evitar adultos institucionalizados, embora corramos o risco de institucionalizar crianças e adolescentes de formas mais sofisticadas através do uso das medicações psiquiátricas, conforme sustentam Lykouropoulos e Péchy (45).

Com o objetivo de acrescentar à atual situação das políticas de saúde mental no Brasil, no ano de 2019, o governo federal lança uma nota técnica, nº 11/2019, em que inclui na RAPS as comunidades terapêuticas, que são serviços prestados muitas vezes por instituições religiosas, com objetivo de “curar” o usuário abusivo de álcool e outras drogas. Esse ponto fere o direcionamento do cuidado e território, e retorna à lógica da internação como alternativa terapêutica. Um retrocesso à política da reforma psiquiátrica brasileira. Outra questão, não menos importante, é a lógica implícita nesse tipo de tratamento, lógica organicista, que imputa ao corpo uma doença. Outro ponto de retrocesso dessa nota técnica, diz respeito à internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, manicômios, bem como o direcionamento de verbas públicas para instituições privadas e para a compra de aparelhos de eletrochoque. Tais mudanças respondem primeiramente à lógica neoliberal da saúde, do corporativismo médico e do retorno às explicações biológicas das complexas “doenças mentais”.

Nesse sentido, a partir das entrevistas, é possível constatar que a construção dos dispositivos de saúde mental da infância e adolescência obedece às diretrizes da política, configurando alterações significativas nos atendimentos dessa população. Considera-se, então, os aspectos distintos, as reuniões de pais, os contatos realizados com demais políticas públicas da assistência social e educação e a manutenção do diagnóstico em suspenso, considerando as especificidades e complexidades desse período do desenvolvimento e a peculiaridade da atenção direcionada a essa população.

*“Além de tratar o transtorno mental grave, eu vejo muito o CAPS como um órgão de prevenção, né? Porque a gente tem recebido cada vez mais crianças mais novas, né? E aí a gente acaba acolhendo e tentando fazer o direcionamento nesse sentido. Eu acho que o CAPS Infantil ele foge um pouco do princípio do CAPS, por a gente lidar com criança, por essa criança estar numa escola a maioria delas, né? E não tem aquele, aquele coiso, aquela realidade de patologia instalada que a gente tem no CAPS Adulto, né?”*

*“A gente tem o plantão de acolhimento, então são todos os dias, manhã e tarde, a gente tem um horário de plantão. Recebemos os casos e aí o profissional que recebe fica como profissional de referência até a gente estudar a proposta, né? Aí essa profissional faz todo esse acolhimento, essa escuta, como depois o histórico da família, né? Anamnese, aquelas questões todas. Marcam um dia para vir o adolescente ou a criança. Fazemos observação, conhecer, ouvir. Aí a gente sempre pede relatório escolar, né? A gente tem como meta de pedir o relatório escolar”.*

E ainda,

*[Trabalhamos com] “dinâmicas de grupo, eu trabalho com grupos de adolescentes, minha clientela está mais para os adolescentes. E grupo de Pais, eu tenho dois grupos de Pais e dois, três grupos de adolescentes”.*

Os aspectos que se relacionam com os diversos campos de intersecção nos processos de cuidado da criança e do adolescente podem ser visualizados nas afirmações seguintes:

*“Ampliar essa pesquisa para conhecer melhor o paciente. Chamar a vó, chamar cuidador, chamar pai pra gente poder fechar, né? Alguma coisa. Entender melhor o que que trouxe a mãe a procurar o serviço”.*

Um destaque importante é o reconhecimento da necessidade de se trabalhar com saúde mental para além dos muros da instituição, efetivamente reintegrar a loucura na sociedade como estratégia de inclusão e quebra de paradigma.

*“Eu acho que o CAPS é mais sair, não estar aqui dentro dessas quatro paredes. Então o que a gente tenta mais ... projetos, a gente tenta contato nas escolas, a gente tenta algumas atividades de passeios”.*

*“A gente tenta na medida do possível, a gente tenta, a gente faz algumas coisas na praça, a gente faz passeios com eles, a gente vai às escolas, faz reuniões nas escolas. Eu acho super importante, assim, esse tipo de entrosamento com outros recursos. Como o CREAS com o CRAS; então a gente tá o tempo todo com esse diálogo aí, tá?”*

Sobre o cuidado em relação ao diagnóstico, é apresentada a seguinte afirmação que indica os novos horizontes da atenção psicossocial:

*“Os professores questionam o diagnóstico, relatório tem que ter diagnóstico e para a criança eu acho tão difícil isso, um rótulo, né? Você já fecha um diagnóstico ali. A gente não costuma fazer isso, não”.*

O desafio da interdisciplinaridade, que coloca em xeque a centralidade médica nos atendimentos nos serviços substitutivos, ainda é um desafio dos profissionais de saúde.

*“Aqui no CAPS essa interdisciplinaridade tem que acontecer, né?” Cada um com seu diferente, com a sua diferente formação, buscando, buscando se formar melhor, se habilitar melhor, pra se empenhar (sic) esse papel, hoje eu vejo que é muito tranquilo, né?”. Também compõe as relações com os usuários e as representações sociais de cada profissão. “Então eu vejo a resistência da população ainda, né? Quando veem que eu não sou uma psicóloga, né?”*

Contudo, o papel médico ainda permanece no lugar de destaque. *“Para as pessoas, não é só dar o remedinho”.* E expressado também por afirmações como: *“Então na reunião de equipe a gente discute, às vezes o médico está junto ele te dá uma clareada”* e também, *“No primeiro momento passamos pelo médico...no segundo momento a equipe avalia”, “normalmente é o psiquiatra ou neurologista que faz o diagnóstico”, “A gente vai tá pesquisando isso, mas quem fecha mesmo é o médico”.*

No que tange ao sofrimento psíquico na infância e adolescência, é importante ressaltar a dificuldade na compreensão e no consenso das chamadas

psicopatologias, bem como nos modos de cuidado. A pretensão de delimitar o público alvo dos CAPSi se apresenta permeada por diferentes concepções de psicopatologia e de sujeito. Dessa forma, se o serviço optar pela definição reducionista contida na CID-10<sup>3</sup> (OMS, 1993), corre-se o risco de fortalecer a marca do estigma e da exclusão social, já que essa concepção não abarca as complexidades intrínsecas aos processos subjetivos, comunitários, institucionais, escolares, econômicos, sociais e familiares relacionados à produção do sofrimento psíquico. Uma saída que pode ser utilizada é a não submissão exclusiva aos protocolos de referência que imputam os estigmas aos serviços de saúde mental. Com isso, uma reflexão possível na tentativa de romper com a lógica manicomial e institucionalizante talvez seja

“[...] o olhar para o comprometimento complexo do curso natural de seu desenvolvimento psicossocial e em situação de risco que implique maior vulnerabilidade ao agravamento de sua condição mental em determinado momento da vida”(45).

Partindo dessas exposições, algumas questões se apresentam no campo da saúde mental de crianças e adolescentes. Seria possível utilizar o mesmo modelo de atenção de um CAPS adulto? Quais as crianças são inseridas no serviço sendo consideradas doentes? Quais comportamentos desafiadores às normas morais da sociedade contemporânea estão sendo considerados objetos de intervenção psicossocial?

Sobre os questionamentos suscitados, Couto, Duarte e Delgado (35), em um artigo sobre a saúde mental infantil na saúde pública brasileira, sustentam que a inclusão tardia na agenda da saúde pública é atribuída a diversos fatores.

“Em primeiro lugar, à extensa e variada gama de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência, que incluem desde transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo) até outros ligados à fenômenos de externalização (como transtornos de conduta, hiperatividade) internalização (depressão, transtornos de ansiedade), uso abusivo de substâncias e demais”(35).

---

<sup>3</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a 11ª versão da CID no dia 18 de junho de 2018. **Em maio de 2019** foi apresentada para adoção dos Estados Membros durante a Assembleia Mundial da Saúde, e entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022. Essa versão é uma pré-visualização e permitirá aos países planejar seu uso, preparar traduções e treinar profissionais de saúde.

Na tentativa de elaborar algumas hipóteses a essas questões, percorreremos algumas ideias que orientarão o pensamento relativo à construção desses fenômenos. A primeira ideia seria uma concepção de Nietzsche (57): "o valor de todos os estados mórbidos consiste no fato de mostrarem, com uma lente de aumento, certas condições que, apesar de normais, são dificilmente visíveis no estado normal". Seria essa uma primeira luz ao nosso problema ao nos debruçarmos sobre o sofrimento psíquico ou, como usualmente é chamado, transtornos mentais de crianças e adolescentes? Que estado de dor é esse que nos abarca em vários momentos de nossa vida? De acordo com o autor, algo que é da ordem da contingência da vida. Qual interesse utilitarista nossa "verdade" médica e psicológica propaga, ao nomear esses estados como transtornos?

O médico George Canguilhem (24) afirma que "na consciência patológica podem existir formas que não tenham equivalentes no estado normal, e com as quais a psicologia geral não deixa de se enriquecer". Sendo assim, a diferenciação do denominado patológico não deixa de ser um fenômeno complexo, o qual contribui para o aperfeiçoamento de nossa verdade científica e também de nossa condição humana.

Por fim, é importante olharmos para as concepções de normalidade quando se trata do sofrimento psíquico, principalmente no que tange às crianças e adolescentes. Utilizamos novamente aqui Canguilhem (24), no que se refere a essa definição tão cara à ciência da saúde na contemporaneidade:

"Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe"(24).

Considerando essas reflexões, é possível ilustrar, a partir de um recorte clínico, como atualmente os sujeitos estão desprovidos de legitimidade no que se refere ao próprio sofrimento psíquico. Em um atendimento com um adolescente em um CAPSi, foi feita a seguinte questão: "você acha que sofre de depressão?". O adolescente, após pensar por alguns instantes, responde com outra pergunta: "não é você que deve me dizer se tenho depressão?". Neste fragmento clínico, é possível identificar o quanto o usuário delega ao outro a

resposta de sua condição de sofrimento psíquico, o que nos faz retornar à questão em torno da legitimidade do sofrimento e de sua constituição subjetiva enquanto sujeito. Logo, isso nos leva a pensar, considerando a afirmação de Canguilhem, que a incapacidade do sujeito diante do convite à nomeação de seu estado patológico (ou não) nos conduz à problemática em torno da produção de saúde mental.

Contrariamente a essas concepções, a psiquiatria e as definições atuais de doença mental seguem outro paradigma, o do neoliberalismo, objetificando assim o sujeito e a singularidade de sua experiência de sofrimento.

“O conceito de atenção psicossocial, em suas mais recentes definições conceituais e da política nacional de saúde mental, remete necessariamente para a construção de uma rede efetivamente articulada e, segundo propõem alguns autores, se relaciona a uma verdadeira mudança de paradigma”(58).

Isso no campo na infância e da atenção psicossocial infantojuvenil se faz ainda mais urgente. Práticas que se comprometam com uma oposição radical ao modo asilar tradicional. “Nesse sentido, ‘desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural são metas radicais do modo psicossocial [...]’ (58), compreendida também como processo de desinstitucionalização.

A infância também não foge dessa lógica: temos observado o aumento dos diagnósticos de autismos e transtornos de conduta. Ambos os casos representam uma marca significativa do entendimento organicista, que pretende acabar com qualquer modo de expressão da subjetividade ou questionamento acerca das relações políticas, culturais, sociais e econômicas que as constituem, individualizando seus determinantes. Esse discurso tem apelo sofisticado nas neurociências e genética, evidenciando assim os produtos da saúde, tratados como objetos e consumidores. Esse modo de narrativa da verdade científica atual tem apelo às recentes descobertas de exames de imagens, que em alguma medida legítima e “comprova” tais afirmações.

“Com o desenvolvimento tecnológico, existem alguns exames que conseguem avaliar a intensidade do metabolismo de células de determinado órgão, o que refletiria seu grau de funcionamento. Nos três exames mais importantes — RMN funcional, SPECT e PET 30 — esses resultados são processados e apresentados em imagens

digitais, enriquecendo as possibilidades de investigação e diagnóstico médico. Quando aplicados à área da neurologia, são chamados de neuroimagem e, também aí, têm facilitado a detecção precoce de alterações como tumores, sequelas de acidentes vasculares etc.”(59).

Contudo, a aplicação desse tipo de comprovação a espectros comportamentais, subjetivos ou relacionados a comportamentos adaptativos, como a escrita, caracteriza o processo de medicalização, a medicina sem corpo. Outro exemplo claro desse fenômeno, diz respeito a dislexia, “transtorno neurológico” que acometeria a habilidade da leitura. Tal afirmação da causa genética como responsável etiológica pela dificuldade, é amplamente contestada pelas pesquisadoras Moysés e Collares (59):

“Essa onda da causa genética submergiu com o tempo, substituída por outros modismos do momento, inspirados na ecologia e preocupações com a natureza, isto é, os agrotóxicos e produtos químicos empregados na industrialização de alimentos. Porém, com os avanços da genética, essa pretensa causa dessa pretensa doença retornou em sua plenitude”(59).

A história está cheia de exemplos da utilização do determinismo biológico como justificativa das desigualdades sociais. Os cientistas herdaram preconceitos das sociedades em que vivem e a partir delas produziram ao longo da história justificativas para a “dominação e a desigualdade: as justificativas evolutivas da escravidão e do colonialismo, as explicações científicas da violação e do patriarcado, e as explicações genéticas da superioridade inerente à elite governante” (60).

Portanto, é importante que os CAPSij, para não seguirem o determinismo biológico, considerem o balizador “frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta associadas aos transtornos mentais da infância e adolescência” (35), e não mais uma resposta a absorção de crianças e adolescentes, que incomodam o mercado e vai, portanto, “desenvolver um dispositivo de controle-dominância da loucura, da doença mental e da neurose” (58). De acordo ainda com os autores Couto, Duarte e Delgado, em relação à epidemiologia dos transtornos mentais na infância e adolescência, entre 1980 e 2006, nove publicações registraram taxas de prevalências que variam entre 7 e

12,7%, quando utilizada uma entrevista diagnóstica, ou seja, demandando intervenção clínica. Nos casos em que o informante são os pais ou a criança, a taxa de prevalência é de 12,6 a 35,2% (35).

O que esses dados nos mostram? Diante do atual cenário científico, temos poucas evidências empíricas que revelam a situação epidemiológica de crianças e adolescentes bem como o hiato presente referente às modalidades terapêuticas aplicadas a contextos diversos (35).

Em um estudo recente, de 2014, os pesquisadores Garcia, Santos e Machado (61) descreveram o perfil nosológico e a distribuição dos serviços em território nacional. Os achados apontam para a insuficiência de serviços CAPSij no Brasil, como também uma alta prevalência de transtornos de comportamento, diagnóstico complexo e bastante vago. Conforme os dados coletados, no Brasil no ano de 2014 havia 208 CAPSij em 23 das 27 unidades da federação(61). Em relação aos serviços de saúde mental de outras tipologias (CAPS I, II, III e ad), do modelos territorial comunitário, no mesmo ano cobria 86% do território nacional (53). O atendimento médio dos serviços infantojuvenis nesse período foi de 208, no total de 32.240 usuários/mês. De acordo com a pesquisa “entre 4 e 7,3% da população infantojuvenil requer intervenção clínica, essa capacidade instalada somente atenderia entre 0,72% e 1,32% da demanda”(61).

A partir da centralidade do saber médico psiquiátrico nos serviços. Esse saber de algum modo produz relações hierarquizadas e uma lógica institucional psicopatológica. Tais produções, em muitos momentos, aliam-se à cultura contemporânea neoliberal e a uma ciência positivista e organicista. Destacam-se alguns fragmentos das entrevistas, com a finalidade de ilustrar as articulações teóricas.

Um dos entrevistados diz: *“graças a Deus, assim, tem sempre a presença dos médicos nas nossas reuniões” (sic)*. Nesse momento, ele refere a importância do profissional médico para a discussão do diagnóstico de crianças e adolescentes acolhidos no serviço. Sobre o trabalho desses médicos, o profissional relata que, em alguns casos, determinados médicos psiquiatras e neurologistas podem ter um saber que auxilie nesse objetivo. *“Esse caso, acho que o Dr. G. ou Dr. P. vai acertar mais”*.

Outro ponto emergente, trata-se do poder médico-psiquiátrico, lugar este estabelecido de forma a assumir um saber-verdade sobre as doenças mentais na relação com os profissionais que atuam no CAPSij. Com isso, é possível afirmar que tal posição legitima o lugar privilegiado da medicina nos processos de medicalização da vida. Tal apontamento opõe-se à proposta antimanicomial, que apresenta uma mudança paradigmática, ofertando uma relação horizontalizada na produção e cuidado psicossocial. Esse cuidado não passa mais pela lógica da doença psiquiátrica, mas pelo sofrimento ou reabilitação psicossocial. Ou seja, há uma mudança que implica todos os profissionais da rede psicossocial a responderem a essa organização (12,28,34,36,45,59,62,63). Veremos, a partir das análises das entrevistas, como tais desafios são enfrentados.

A propósito do uso de medicamentos, um entrevistado aponta que em determinadas queixas, referentes a uma maior intensidade de sofrimento, tal intervenção seria necessária. Contudo, não há meios de mensurar tais sofrimentos, ficando a critério de cada profissional. Nesse sentido, há uma dificuldade no campo do sofrimento psíquico, considerando que algo deve ser medicado, sendo assim questões médicas. Destacam-se afirmações como: *“aquela questão medica”*, ou seja, algumas questões precisam ser medicadas, outras não. Assim, não ficam claros quais os critérios utilizados para tal conduta.

A respeito da atuação de uma médica pediatra que compõe uma equipe, o entrevistado relata: *“Ela faz grupo, ela atende individual alguns casos (...). Um as orientações ela atende e ela é da equipe mesmo”*. Nesse trecho da entrevista, o participante se mostra admirado por um médico participar da equipe atuando de forma interdisciplinar, diferente dos médicos psiquiatras e neurologistas. É possível, a partir dessas colocações, considerar novamente o “lugar” em que o poder médico ocupa diante das equipes interdisciplinares, assim produzindo efeitos institucionais e terapêuticos ainda não claros.

Acerca dos atendimentos, observa-se a utilização de proposições capitalistas no cuidado em saúde: *“Então cê tinha que faturar”*, referindo-se aqui à necessidade de um número alto de atendimentos no serviço (36). Ao apontar atravessamentos capitalistas nas relações de saúde é também invocar novamente o conceito de medicalização. Isso se justifica a fim de problematizar

a lógica neoliberal em saúde, em que as intervenções terapêuticas podem produzir práticas adaptativas, que têm por objetivo reinserir o sujeito “doente” no mercado de trabalho, deixá-lo produtivo, lucrativo.

Outros pontos importantes para a análise referem-se ao papel passivo dos trabalhadores na relação de construção de suas próprias práticas, a partir do conhecimento da população do território: “*eu cheguei já era assim*”. O trabalho deve ser inventivo, o qual contemple as necessidades e especificidades do território e dos usuários. Observa-se, nesse aspecto, a rigidez das instituições, que mantêm modos operantes, muitas vezes, inflexíveis, priorizando a lógica institucional em detrimento do usuário. Com isso, podemos pensar que nesses modelos é a pessoa em sofrimento quem deve se adaptar aos cuidados oferecidos. E caso não haja “aderência” ao tratamento, evidencia-se a “falha” da família ou do próprio usuário. Reforça-se, assim, o *status quo* das relações de saber-poder entre profissionais da saúde e os chamados doentes.

Os achados da pesquisa indicam que o diagnóstico é insuficiente para planejar estratégias clínicas que alicerces as práticas. Verifica-se também ausência de concepções teóricas claras que poderiam fundamentar o trabalho. Priorizam-se as queixas relativas aos chamados desvios comportamentais. Falas como “hiperativo”, “depressivos com automutilação” e “autismo” são utilizadas a partir de diagnósticos médicos ou a partir de concepções morais descontextualizadas. Contudo, os participantes utilizam o recurso do “poder médico” para orientar as práticas, o que em certa medida indica alienação do fazer clínico, visto que não há uma concepção clara de saúde, nem das estratégias utilizadas (10,12,14,17).

Tais resultados evidenciam a historicidade do saber-poder médico que transpassa as práticas em saúde mental. Isso se apresenta através das dificuldades dos profissionais em definir bem o seu objeto de cuidado e sua concepção de saúde para o planejamento de ações, baseadas em uma inventividade clínica que possa corresponder às práticas não médicas.

Apesar dos entrevistados demonstrarem que o diagnóstico é insuficiente, o que se apresenta, de forma paradoxal, é o papel privilegiado do diagnóstico médico, para orientar possíveis intervenções, sem que seja refletido o aspecto da integralidade e do sofrimento como horizonte da prática psicossocial (12,64).

Tal afirmação se evidencia a partir dos encaminhamentos aos médicos com a finalidade de se “descobrir” o que a criança ou adolescente tem.

O que fica difícil inferir nesse momento é a efetividade de tais estratégias, fundamentadas na lógica que aqui chamamos de manicomial, na vida concreta dos sujeitos. Arriscaria afirmar que tais práticas contribuem para a manutenção do *status quo* das instituições que demandam a queixa – sobretudo família e escola – com a finalidade de normatização e alienação do sofrimento psíquico como algo decorrente de um erro do sujeito, localizado em um corpo individual, fruto de uma sociedade e ciência neoliberal (12,14,15,36,65,66).

O funcionamento institucional, a partir da narrativa dos participantes da pesquisa, também é pautado na lógica que fundamenta o funcionamento do CAPS de atendimento ao adulto, proposta inicial da reforma psiquiátrica (2,3,8).

O funcionamento basicamente propõe o acolhimento, reunião de equipe e posterior inserção em terapia individual, grupal ou oficinas. Nesse sentido, desconsidera-se a emergência da infância e da adolescência e suas particularidades. Para Lancetti (67), as estratégias da clínica tradicional muitas vezes não dão conta de pessoas que não se adaptam a esse funcionamento. Para tanto, o mesmo propõe uma clínica forados consultórios e afirma que esta é destinada aos “toxicômanos, violentos, esquizofrênicos e jovens sobretudo” (67).

Nesse sentido, não há uma reorganização dos modos de cuidar em relação à especificidade da infância. Tal relato evidencia essa análise: *“plantão de acolhimento, então, são todos os dias, manhã e tarde, a gente tem um horário de plantão. Recebemos os casos e aí o profissional que recebe fica como profissional de referência até a gente estudar a proposta, né? Aí essa profissional faz todo esse acolhimento, essa escuta, como depois o histórico da família, né? Anamnese aquelas questões todas. Marcam um dia para vir o adolescente ou a criança. Fazemos observação, conhecer, ouvir. Aí a gente sempre pede relatório escolar, né? A gente tem como meta de pedir o relatório escolar.”*

Cabe ressaltar, no relato acima, que apenas o relatório escolar compõe um elemento de diferenciação em relação à proposta de funcionamento de um CAPS adulto. Desconsideraram-se outros modos de acolhimento não protocolares e formas de cuidado que privilegiem estratégias menos estruturadas e de

convivência, por exemplo. Tal alternativa é amplamente discutida por Lancetti (67), em seu livro “Clínica Peripatética”, através da discussão de práticas pouco tradicionais, adaptada às especificidades e cuidados necessários aos jovens. Outra contribuição, nesse sentido, está contemplada na Política de Humanização do SUS (PHS), com o conceito de ambiência, sendo este um espaço terapêutico que oferta escuta e convívio, ressignificando os vínculos comunitários e sociais, sem deixar de lado as intervenções terapêuticas.

Ainda sobre o funcionamento do CAPSij, outro participante afirma: *“Depois [levamos] em discussão com a equipe em reunião de equipe e tem grupo de orientação de pais”*. Aqui a especificidade se dá em um grupo direcionado aos cuidados dos pais dos usuários. Seria um modo operativo que teria eficiência em uma lógica antimanicomial, incluindo os familiares no processo de cuidado ou poderíamos pensar na inserção de responsáveis no funcionamento como um instrumento pedagógico, o qual visaria “educar” os familiares?

Em outra narrativa, também destaca-se a relação com as famílias. A entrevistada diz que há *“muita tolerância com as famílias”*. Tal fragmento abre possibilidade de análise sobre o papel que os familiares ocuparam em um período da história, como já discutido, de responsáveis pela doença mental. Portanto, seriam eles também responsáveis pela cura, através de orientações seguidas? Durante os séculos XVIII e XIX, as práticas de tratamento psiquiátrico de internação em asilos justificavam-se através de concepções que consideravam o núcleo familiar patogênico (12). De algum modo, há uma continuidade da centralidade da família diante do sofrimento psíquico, seja por excesso ou ausência. Considera-se, então, que os grupos de orientação a pais poderiam reforçar esse papel desempenhado pelos familiares, portanto, o saber permanece no profissional de saúde que “educa” a família (68).

Sobre os usuários, destaca-se que todos os serviços em que os entrevistados trabalham não atendem crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Tal opção institucional enfatiza o sintoma ao invés do sujeito em desenvolvimento, sua integralidade (69–71). Portanto, crianças e adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas são direcionadas a serviços especializados, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, os CAPSad. Esse direcionamento cabe à gestão municipal de

saúde mental, visto que não há nas diretrizes dos serviços CAPS qualquer direcionamento relativo às crianças e adolescentes usuários dependentes ou abusivos de álcool e drogas. Apenas determina-se que os mesmos não compartilhem de espaços de internação comuns a adultos (3,49).

Afinal, uma criança ou adolescente com queixas de uso abusivo de álcool e outras drogas deixa de ser criança e adolescente? O trabalho é centrado no sujeito, em desenvolvimento, ou na patologia? Observa-se a dificuldade de trabalhadores de saúde mental discutirem e reconhecerem que o assunto “Drogas” também faz parte da especificidade da adolescência. A opção institucional de não se tratar crianças e adolescentes com essas queixas em um CAPSij poderia ser, então, o reflexo de um tabu, de uma sociedade moralista, que vive em tempos de censura e em uma lógica abstêmia? No ano de 2019, o Governo Federal lançou a Nota Técnica Nº 11/2019, em que considera parte da RAPS, as Comunidades Terapêuticas e retira do texto a estratégia de Redução de Danos para pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. Com isso, afirma-se a lógica asilar e responsabiliza o uso abusivo a um corpo, o do dependente químico, que necessita ser curado.

A respeito dessa discussão, o trecho a seguir é paradigmático: *“Agora nossa proposta é assim, tem queixa de dependência química, uso de drogas, vai para o AD. Aí se eles [CAPSad] verem que para o adolescente a questão [drogas ou álcool] é muito mais secundária do que é, aí eles encaminham para cá. Porque eu acho que vai ser muito mais efetivo. A gente não vai ficar muito falando da droga assim, né?”*

Ainda sobre a população de jovens que faz uso problemático de álcool e outras drogas, há uma divisão por horário, claramente uma segregação própria dos modelos manicomial, em que a separação se dava pela queixa e sintoma, desconsiderando a potência da convivência e do momento dedesenvolvimento. *“A gente fica ainda até hoje, a gente fica até as 19h. E a proposta era atender esses adolescentes das 17 às 19 horas. Para não ficar encontrando a população que era complicada. Então ele [o médico psiquiatra] se prontificou a fazer uns grupos comigo, mas assim é uma população que não adere, né?”*

Diante dessas narrativas, é possível tecer algumas análises que levantam a (in)especificidade de cuidado em serviços infantojuvenis. Em um serviço que adota modelos terapêuticos do CAPS adulto, alvo central da reforma psiquiátrica, contraditoriamente elege crianças e adolescentes alvo de suas intervenções, a partir da intensidade do sofrimento ou o tipo de sintoma, por exemplo. Os usuários que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas são delegados aos serviços especializados, nesse caso, priorizando o sintoma em detrimento da especificidade da infância e da adolescência. O que caracteriza o público real dos CAPSij? Há crianças e adolescentes mais crianças e adolescentes que outras? Como não abordar, discutir ou problematizar a questão das drogas com uma população adolescente, vulnerável diante de tais ofertas? O que representa tal silenciamento? Um modo de normatização e disciplinarização dos corpos?

Destaco, por fim, a narrativa sobre a “aderência” no serviço. Diante de tal afirmação, é possível analisar a presença de uma lógica medicalizante, visto que a mesma compreende os processos de individualização do corpo dos sujeitos, apartado de elementos sociais, históricos e também institucionais. Com esse movimento, de culpabilizar o usuário pela não aderência, não se questionam as práticas e culturas institucionais, bem como as relações produzidas diante desses complexos campos de força (13,30,36,62,72).

Com respeito à modalidade dos atendimentos intensivos diante da crise de crianças e adolescentes, a partir da narrativa dos participantes, podemos analisar que esse dispositivo, essencial da clínica CAPS, é, em certa medida, pouco explorado e pouco sabe-se o que fazer.

O serviço CAPS é um serviço portas abertas, sendo papel deste acolher a crise de crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico. Nesses casos, profissionais de plantão são direcionados a manejar a crise através de estratégias de cuidado em equipe. Estratégias muito eficientes são a intensificação da pessoa no serviço, ou seja, sua inclusão em atividades durante todo o dia, bem como o direcionamento de um ou mais profissionais de referência, com os quais o usuário tenha um vínculo anterior, além de articulação com a família, escola e demais serviços que forem necessários. Apenas como última estratégia, esgotadas as tentativas de intervenção, indica-se a internação

de curta permanência em Hospital Geral, em leitos específicos e com acompanhamento familiar e da equipe de referência (3,45,49).

A partir das entrevistas analisadas, percebe-se uma dificuldade de acolher a crise. Por exemplo, *“para dar um atendimento não é só um profissional que vai acompanhar, é toda equipe, que vai se revezando cada dia, cada período alguém que fica”*. Observa-se a falta de planejamento e cuidado, sendo priorizada a rotina pré-estabelecida, sem reflexão, ao invés da emergência do cuidado da crise (52). *“Eu fico com essa pessoa depois quem tiver um tempinho fica”*.

Discutir a crise psicossocial em um serviço infantojuvenil ultrapassa as questões objetivas e organizacionais. A crise psíquica de uma criança ou adolescente se diferencia de crises que acontecem em outros momentos do desenvolvimento, como no caso dos adultos. A crise, a ruptura ou o sofrimento intenso durante a infância e a adolescência podem ter efeitos no processo de subjetivação. Ao considerar que o tempo da infância e da adolescência é estrutural, em termos psíquicos, como considerar as intervenções em momentos de crise intensa, sem considerar os processos singulares dessa fase? Como cuidar da crise sem medicalizar?

Diante desses achados, foi possível problematizar uma série de dificuldades e contradições que atravessam as narrativas dos participantes. Consideramos que a ausência clara da noção de infância e de adolescência são fatores que de algum modo determinam o fazer clínico pouco reflexivo e muitas vezes engessados em práticas pautadas na nosologia psiquiátrica de pessoas adultas. É interessante também, como apesar de quase trinta anos de reforma psiquiátrica, ainda persiste uma lógica manicomial que se sustenta pelo saber-poder médico psiquiátrico, aliado aos discursos hegemônicos da ciência organicista.

Outro ponto ausente, a partir das narrativas dos participantes, é o papel social e histórico na produção dos sofrimentos dos usuários. A família é a instituição separada do indivíduo que mais é considerada como parte da produção dos fenômenos da saúde mental. A pobreza, o racismo, a violência e a desigualdade social são ausentes das narradas, enquanto parte do processo constitutivo do sujeito. Esse apartamento histórico e social, é comum nas

ciências positivistas e hegemônicas que consideram o sujeito produto de si mesmo, ou de uma subjetividade independente do contexto social e institucional.

### **Considerações Finais**

Após quase 6 anos como trabalhador na saúde mental de crianças e adolescentes, e quase 3 anos no processo de imersão teórica na pós graduação para a construção desse trabalho, findo essa primeira etapa de pesquisa ainda com muitos questionamentos e aprendizagens em relação ao processo de pesquisa e de se produzir ciência.

É a partir de minhas inquietações no fazer clínico diante de tantas angústias e sofrimentos e também nos confrontos diários dentro de um serviço público, que me debruço a perguntar sobre as práticas que realmente podem produzir sentido e saúde para as vidas com as quais cruzei, bem como os processos patologizantes e desvitalizantes observados, e também produzidos por mim, nesse espaço em que regem forças institucionais e históricas, as quais me vi submetido.

Não foi fácil, como é de se esperar, esse processo de transformação teórica e prática que foi sendo construído juntamente com essa dissertação. Porém, é de suma importância marcar a potência da produção teórica de um trabalho que se faz no cotidiano de muitos trabalhadores da saúde mental de crianças e adolescentes desse país.

Inicialmente, busco em minhas entrevistas ouvir e confirmar minhas hipóteses iniciais, de que os CAPS infantojuvenis produziam experiências manicomiais sob a nova égide da medicalização e patologização das experiências infantis e do sofrimento adolescente. Esse meu direcionamento me

impossibilitou, no primeiro momento, escutar o que estava sendo dito por vários profissionais que conheci. As angústias e experiências compartilhadas comigo puderam demonstrar, posteriormente a discussões e reflexões com minha orientadora e com a banca de qualificação, aspectos importantes a respeito da construção do campo da saúde mental de crianças e adolescentes.

Sempre afirmei, em minha prática, que o principal dispositivo de cuidado que os trabalhadores poderiam valer-se era do acolhimento, vínculo e a escuta. Diante disso, pude perceber que através das muitas tentativas, formulações de protocolos e modos de organização desse serviço, os trabalhadores, de alguma maneira, estavam engajados e implicados no processo de cuidado dos sujeitos que sofriam.

Famílias, crianças e adolescentes que buscavam ajuda, muitas vezes, através de encaminhamentos, estavam diante de um espaço que desde sua formulação, embrionariamente no início dos anos de 1990 e concretamente no início dos anos 2000, possibilitou as inversões de cuidado, até então estabelecidas, como o asilamento, para formulações mais amplas, como a inclusão da família, escola e outros serviços dos serviços públicos responsáveis pela rede socioassistencial da criança e do adolescente. Tais mudanças evidenciaram o aspecto prioritário das crianças e adolescentes no acesso à saúde.

A ampliação de acesso ao cuidado em saúde mental no país e na região pesquisada nos possibilita refletir que tal garantia de direito também pode de algum modo funcionar a partir da lógica contemporânea vigente. Essa lógica inclui os aspectos de medicalização e patologização da vida, que consideram aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais complexos, a partir de explicações médicas e biológicas. Com isso, muitas vezes o cuidado se reduz a medicamentos ou técnicas adaptativas que prometem a cura de um mal estar individual ou mesmo social.

É diante desse exposto que devemos nos atentar quando nos defrontamos com serviços antimanicomiais, que, por princípio, devem se posicionar contrários a esse fenômeno, bem como combater através da subversão desse entendimento da doença mental, vista como desvio e que deve

ser curada, para a compreensão do sofrimento do sujeito e sua necessidade de cuidado. Essas reflexões são possíveis a partir de uma formação crítica dos trabalhadores e do fortalecimento das políticas públicas, que, infelizmente, têm sido paulatinamente destruídas em favor de uma lógica capitalista de cuidado em saúde.

Outro ponto importante a ser considerado diante desse complexo campo, refere-se à ausência de discussões raciais na relação do cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, principalmente as crianças e adolescentes. Nesse sentido, ignora-se muitas vezes os aspectos racistas de nossa sociedade na constituição da marginalização e do sofrimento. É sabido que a maior parte dos usuários do SUS, incluído os CAPS, são pessoas em vulnerabilidade social, boa parte delas pessoas negras.

Diante dessas discussões, retomo o horizonte teórico que me acompanhou durante o percurso dessa pesquisa, a constituição histórica e institucional do fazer no campo da psiquiatria, tendo como principal produção o livro de Michel Foucault, “O poder psiquiátrico”. A partir desse ponto, é possível considerar que os aspectos do saber e do poder na saúde mental, que são atravessados pela história da ciência psiquiátrica e de como ela de algum modo foi produzindo sentido e verdade no decorrer no tempo, se fazem presentes.

Usualmente, o profissional de saúde mental, é considerado o sujeito que legisla sobre a saúde e a doença, sobre o normal e o patológico. Esse fenômeno pode, de alguma maneira, produzir modos de vidas impotentes quando se outorga ao outro a verdade de um saber que muitas vezes não diz sobre o dia a dia do sujeito, tampouco suas relações subjetivas e sua experiência diante da complexidade de sua vida e de seu adoecimento.

Outro aspecto teórico que também direcionou esse trabalho é a própria política da reforma psiquiátrica. A partir de movimentos sociais organizados e iniciativas ímpares no final dos anos de 1980 e início de 1990, foram criados modelos de serviços substitutivos, que apenas em 2002 foi sancionado como política pública, o modelo CAPS. Diante das inúmeras publicações oficiais, outro fenômeno foi se constituindo, dessa vez algo que divergia das práticas seculares da história da psiquiatria, o cuidado no território e a inclusão da sociedade

enquanto parte responsável desse processo. Porém, como já mencionado nessas considerações finais, há forças “capitalísticas”<sup>4</sup> envolvidas, que, de algum modo, contribuíram para o aumento do consumo de drogas psiquiátricas, assim mantendo o status de doença a ser curada e controlada, aquilo que convencionou-se chamar de doença mental.

Os documento oficiais normatizaram modos de funcionamento que até hoje se reproduzem acriticamente nos serviços de saúde mental, especialmente nos CAPSij. Vejamos, a política de Saúde Mental foi formulada a partir de inquietações e violências denunciadas no campo da saúde mental do adulto. Antes, a população infantojuvenil era desassistida pelo Estado, em decorrência da ausência de Políticas Públicas específicas nas áreas de Saúde Mental e Assistência social. Instituições de educação especial e instituições corretivas, como a FUNABEM, fizeram parte do cuidado dispensado até então.

Com isso, com a inclusão da infância e da adolescência nas Políticas Públicas de Saúde Mental, se faz necessário a invenção de um estratégia clínica que seja possível e adequada as especificidades desse momento do desenvolvimento humano. Lancetti propõe como uma possível inventividade a do paradigma da *kliniké*, que significa inclinar-se, para, de acordo com o autor, “na desconstrução manicomial e na clínica antimanicomial trata-se, de saída, de pôr as pessoas de pé”(67).

A partir dessa nova formulação, a clínica infantojuvenil passa a reproduzir o modelo consolidado do serviço do adulto, salvo algumas modificações amplamente demonstradas pelas entrevistas, como a inclusão da família e seu cuidado, bem como a articulação com o campo da educação e demais políticas públicas.

---

<sup>4</sup> Conceito criado pelo Psicanalista Félix Guattari que diz respeito aos modos de produção subjetiva na sociedade contemporânea. “A formação do social se constrói, segundo ele, pelo ângulo do confinamento progressivo das subjetividades, pela segregação imposta aos espaços sociais decorrente da manufaturação, da produção de uma subjetividade que, por natureza, é industrial, maquinal, essencialmente fabricada. A perspectiva não é mais a da subjetividade como parte de uma superestrutura, decorrente e dependente das estruturas de produção capitalista. Há uma cultura ‘capitalística’, segundo ele, etnocêntrica, intelectocêntrica, geradora de todos os campos de produção e de expressão semiótica.”(73)

Mas há algo que ainda permanece sem modificação: a própria clínica e sua tradição biomédica. Durante meu percurso enquanto trabalhador, pude empiricamente constatar que o serviço de saúde mental, através do dispositivo “Ambiência”, produzia novas formas de se relacionar, novos afetos e, por fim, desejos. Tais produções, por diversos motivos, estavam paralisadas em outros campos institucionais, como a escola e também a família.

Com isso, pude constatar que a paralisação de experiências saudáveis de afeto, vínculo e escuta, eram capazes de algum modo produzir vida, saúde e potência em crianças e adolescentes que chegavam muitas vezes representando em seus corpos o adoecimento de instituições que reproduziam em si modos e engendramentos que cristalizavam o sujeito e impediam que a diferença fosse tida como potência e alternativa diante dos absurdos que vivemos na atualidade.

Antônio Lancetti, um grande psiquiatra brasileiro e pioneiro na reforma psiquiátrica brasileira, nos alertou que a clínica deve se modificar, sendo que o fazer clínico deve produzir potência através de relações antimanicomiais e libertadoras. A liberdade é incômoda em uma sociedade disciplinar e de controle, em que a diferença deve ser aniquilada.

Contudo, diante dos achados nas entrevistas, é possível observar que há nesse complexo campo a produção da potência através do corpo de trabalhadores que diariamente se colocam na linha de cuidado. Tentativas e reformulações fazem parte desse campo. O que não é admissível é que os CAPS sejam dispositivos acrílicos e tenham modos de funcionamento cristalizados e amparados em uma clínica da impotência, da adaptação. Assim, o principal papel do serviço é subverter a lógica da doença e do tratamento, traduzindo essas experiências de sofrimento em cuidado diante de uma sociedade tão hostil às vidas fragilizadas e diferentes.

Se é possível concluir algo, é que os CAPSij são serviços em constante construção, que o fazer diário é desafiador diante da ausência de construções psicopatológicas claras para seus trabalhadores e que o papel centralizador do psiquiatra ainda é um desafio a ser vencido juntamente com a sociedade. A experimentação de modos de cuidado é fonte inesgotável de inspiração para os

profissionais, que, muitas vezes, sentem em seu corpo a angústia e a dor que é trabalhar com tanto sofrimento.

Não devemos concluir que, mesmo diante das críticas, os CAPSij não são lugares de produção de potência. Há força nas entrevistas, há tentativas de cuidado que afetam muitas vidas e sem dúvida as modificam. Há muita luta pela frente.

Como descrevi na apresentação desse trabalho, fui retirado da saúde mental, pois minhas intervenções, de algum modo, não se aliavam às forças políticas vigentes. Atualmente, foi recriado o ambulatório de saúde mental, o que significa acesso direto ao serviço de psiquiatria e atendimentos individuais de psicologia. A princípio, parece muito interessante tal proposta. Mas vamos olhar melhor.

A reforma psiquiátrica cria uma estratégia de cuidado com diversos profissionais a fim de que a medicação e a psiquiatria sejam o último recurso, afinal a lógica proposta considera o sofrimento como uma complexa e múltipla causalidade, sendo que a medicação por si só não daria conta. E a psicologia individual, não que não seja importante ou potente, mas é um modelo biomédico que, implicitamente, considera o sofrimento ou a doença mental como exclusividade do sujeito que sofre ou adocece, desconsiderando muitas vezes as dimensões institucionais, sociais e políticas que atravessam a manifestação individual e corporificada do sofrimento. Isso por si só nos convoca a rever as práticas de saúde mental que devem estar em todas as ações da saúde, inicialmente na promoção na atenção básica, nas escolas e praças.

Todavia, o cuidado em saúde mental deve ter sempre o viés do devir, do vir a ser potência, do vir a ser sujeito, sempre estabelecendo relações com as dimensões sociais e históricas que a produziram.

Antes de concluir, gostaria de trazer um trecho de um atendimento a um adolescente no CAPSij em que trabalhei. Ele, um adolescente negro de 16 anos, chega nervoso ao serviço e violentamente pede que eu o escute. Na sala de atendimento, ele relata que havia apanhado da polícia no caminho do serviço. Falava sem parar sobre sua dificuldade de compreender tal violência do Estado

em relação a ele, menino que nunca havia cometido qualquer ilicitude. Após muito escutar, falo que ele é negro e pobre. Há silêncio na sala. O jovem se acalma, como se minhas palavras tivessem de fato feito algum sentido. Teve sentido. Ele havia, de algum modo, diluído a violência direcionada a ele para algo maior, que era a violência do Estado, com sua necropolítica. Houve compreensão que pôde produzir um efeito de identificação com população vulnerável que sofre. A violência não só era para ele, mas sim direcionada a um grupo de pessoas. Politizar e desalienar também é produzir saúde.

Finalizo essas considerações finais afirmando que há necessidade de se investigar ainda mais o campo da saúde mental de crianças e adolescentes, os CAPSij. Devemos compreender de fato quais estratégias emancipam, produzem saúde, minimizam os sofrimentos e ajudam tantas famílias com as dificuldades de crianças e adolescentes que tanto sofrem. As pesquisas são importantes para nortear as práticas e auxiliar os trabalhadores nos processos de produção de novas subjetividades que, diariamente, lutam nesse território tão plural, rico e desafiador.

## Referências Bibliográficas

1. Cuel B. Caminhos da rede : a experiência de uma regional do SUS na organização da Rede De Atenção Psicossocial (RAPS) a quem faz uso de drogas. UFSCar; 2016.
2. Brasil P da R. Lei No 10.216, de 6 de Abril de 2001. Diário da República, 1ª série - nº116. 2001;
3. Ministério da Saúde. Portaria Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. 2002.
4. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad Saude Publica* [Internet]. 1995;11:491–4. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>.
5. Minayo M. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet*. 2012;17:621–6.
6. Turato E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:507–14.
7. Minayo M, Guerriero I. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Cien Saude Colet*. 2014;19:1103–12.
8. Martins Barroso S, Silva M. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev da SPAGESP*. 2011;12(1):66–78.
9. Caregnato R, Mutti R. Pesquisa qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto Context Enferm*. 2006;15:679–84.
10. Veiga-Neto A (orgs. . Linguagem, discurso, enunciado, arquivo, episteme... In: Foucault & a Educação. 3ª edição. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2003. p. 160 p.
11. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. 269 p.
12. Foucault M. O Poder Psiquiátrico. 1ª edição. São Paulo: Martins Fontes; 2006. 511 p.
13. Carvalho SR, Rodrigues CDO, Costa FDD, Andrade HS. Medicalização: Uma crítica (im)pertinente? *Physis*. 2015;25(4).
14. Foucault M. Historia de la medicalización. *Educ Med Salud*. 1977;11:3–25.
15. Foucault M. Os Anormais. 2ª edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2014. 330 p.
16. Foucault M. História da loucura: na Idade clássica. 11ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva; 2017. 551 p.
17. Fonseca M. Entre monstros, onanistas e incorrigíveis: as noções de

- "normal e "anormal" nos cursos de Michel Foucault no Collège de France. In: Rago M, Orlandi L, Veiga-Neto A, organizadores. *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2005. p. 239–53.
18. Esperanza G. Medicalizar a vida. In: *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera Editora; 2011. p. 280 p.
  19. Caponi S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 210 p.
  20. Tavares L, Hashimoto F. A alienação mental e suas (re)produções na contemporaneidade. *Rev da Soc Psicoter Analíticas Grup do Estado São Paulo*. 2008;9:3–12.
  21. Desviat M. *Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva*. 1ª ed. São Paulo: Zagodoni; 2018. 248 p.
  22. Pessotti I. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34; 1996. 304 p.
  23. Basaglia F. *O Homem do Pelourinho*. 1ª. Petrópolis, RJ: Vozes; 1974. 45 p.
  24. Canguilhem G. *O Normal e o Patológico*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 2009. 154 p.
  25. Cirino O. Genealogia da psiquiatria da infância. In: *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. 1ª edição. São Paulo: Editora Escuta; 2015. p. 320.
  26. Dunker C, Kyrillos Neto F. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. dezembro de 2011;14:611–26.
  27. Misès R (Dir. . *Clasificação francesa dos transtornos mentais da criança e do adolescente*. 1ª ed. Silva Junior P (Org. T., organizador. São Paulo: Instituto Langage; 2018. 168 p.
  28. Freitas F, Amarante P. *Medicalização em Psiquiatria*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. 148 p.
  29. Whitaker R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. 1ª. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. 421 p.
  30. Zorzanelli R, Ortega F, Bezerra Júnior B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. junho de 2014;19:1859–68. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso%3E](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso%3E). ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>
  31. Januário L, Tafuri M. O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. *Rev Mal-estar e Subjetividade*. 2009;IX:527–50.
  32. Donzelot J. *A Polícia das famílias*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal;

1986. 210 p.
33. Caliman L. Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade TDAH. *Psicol Ciência e Profissão*. 2010;30:46–61.
  34. Kamers M. A fabricação da loucura na infância: Psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos clin*. 2013;18(1):153–65.
  35. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios Child mental health and Public Health in Brazil: current situation and challenges. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;
  36. Rago M, Pelegrini M (Org. . Neoliberalismo, feminismos e contracondutas: perspectivas foucaultianas. 1ª ed. São Paulo: Intermeios; 2019. 322 p.
  37. Freud S. O mal-estar na civilização. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago Editora; 2006. p. 67–148.
  38. Infante D. Psiquiatria para que e para quem. In: Jerusalinsky A, Fendrik S, organizadores. *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. 1ª. São Paulo: Via Lettera Editora; 2011. p. 280.
  39. Bauman Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar; 2001. 278 p.
  40. Lazzarato M. *As revoluções do capitalismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006. 268 p.
  41. Nietzsche F. *Vontade de Potência - Parte 2*. São Paulo: Editora Escala; 2010. 348 p.
  42. Brasil P da R. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* [Internet]. 1988. Available at: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
  43. Borges CF, Baptista TWDF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: A trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad Saude Publica*. 2008;
  44. Brasil. Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. [Internet]. 2001. Available at: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
  45. Lykouropoulos C, Pèchy S. O que é um Capsi? In: Laurindsen-Ribeiro E, Lykouropoulos C, organizadores. *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. 1ª. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 280.
  46. Costa-Rosa A. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde Soc São Paulo*. 2011;20:743–57.
  47. Brasil L. Michel Pêcheux e a teoria da análise de discurso: desdobramentos importantes para a compreensão de uma tipologia discursiva. *Ling - Estud e Pesqui*. 2011;15:171–82.

48. Silva V, Rodrigues M. Análise do discurso: a caminhada de Pêcheux e conceitos basilares da teoria. *Interletras*. 2017;6:1–19.
49. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 85 p.
50. Pasche D, Passos E, Hennington E. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Cien Saude Colet*. 2011;16:4541–8.
51. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. HumanizaSU. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p.
52. Santos R, Onocko-Campos R. Ambiência em um CAPS infantojuvenil: a experiência de um coletivo brincante. *Cad Bras Saude Ment*. 2015;7:41–52.
53. Macedo JP, de Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saude e Soc*. 2017;26(1).
54. Ministério da Saúde. Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 59 p.
55. Couto M, Delgado P. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic Clin*. 2015;27:17–40.
56. Couto M, Delgado P. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos C, organizadores. *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. 1ª. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 280.
57. Nietzsche F. *Vontade de Potência - Parte 1*. São Paulo: Editora Escala; 2010. 499 p.
58. Passos I, Ribeiro C, Rodrigues F, Akerman J. Lúcia, “uma vida em círculo” - Impasses de uma rede de cuidados para crianças e adolescentes. In: *Atenção psicossocial para crianças e adolescentes: pesquisa-intervenção nas redes*. São Paulo: Zagodoni; 2017. p. 292.
59. Moysés M, Collares C. O lado escuro da dislexia e do TDAH. In: Facci M, Meira M, Tuleski S (org. ., organizadores. *A exclusão dos “incluídos”: Um crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos*. Maringá: Eduem; 2011. p. 133–96.
60. Mehta P. O ressurgimento do determinismo biológico na era neoliberal. *Carta Maior* [Internet]. março de 2014;26. Available at: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/O-ressurgimento-do-determinismo-biologico-na-era-neoliberal/4/30516>
61. Garcia GYC, Santos DN, Machado DB. Centros de atenção psicossocial Infantojuvenil no Brasil: Distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad*

- Saude Publica. 2015;31(12).
62. Moysés M, Collares C. Controle e medicalização na infância. *Desidades*. 2013;1:12–21.
  63. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: Inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol Clin*. 2015;
  64. Pereira M. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. dezembro de 2014;24:1035–52. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312014000401035&lng=en&nrm=iso%3E](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401035&lng=en&nrm=iso%3E). ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400004>
  65. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 42ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014. 302 p.
  66. Rago M, Orlandi L, Veiga-Neto A (orgs. . *Imagens de Foucault e Deleuze: Ressonâncias nietzschianas*. 2ª edição. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2005. 259 p.
  67. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 127 p.
  68. Machado A. A produção de desigualdade nas práticas de orientação. In: *Projeto Direitos Humanos nas escolas*. São Paulo; 2008.
  69. Yasui S, Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental TT - EAPS: challenge in the practice of the new devices of Mental Health. *Saúde debate*. 2008;
  70. Cardoso AJC, Trino A, Pedra M, Medeiros PP de. *Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental*. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2014;
  71. Brasil P da R. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Brasil; 1990. Available at: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
  72. Machado A. *Oportunidade de Luta*. In: “Você pode me ouvir, doutor?” Campinas: Saberes; 2010.
  73. Nogueira HGP. A construção do sujeito em Maffesoli e Guattari. *Logos* [Internet]. 2015;v.4(n.1):54–7. Available at: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/logos/article/view/14583>

## Apêndices

### **Questionário para a entrevista dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial**

- 1 – Na sua opinião, qual o papel do CAPSi?
- 2 – Qual seu entendimento de sofrimento psíquico?
- 3 – Quais as tecnologias que você, enquanto profissional de saúde mental, utiliza no cuidado dos usuários do serviço?
- 4 – A partir de sua prática de cuidado, qual a importância do diagnóstico no acompanhamento psicossocial?
- 5 – Como é realizado, e quais os critérios, o diagnósticos?
- 6 – Na sua opinião, quais as origens do transtorno mental?
- 7 – Como é realizado o trabalho interdisciplinar?
- 8 – Qual é sua rotina de trabalho, e como ela promove saúde mental?
- 9 – Como funciona, quais atividades o CAPSi oferece? Como foi elaborado tal funcionamento?
- 10 – A partir da sua percepção, qual é a maior demanda?

## **Termo de consentimento livre e esclarecido**

### **Alguns paradoxos do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: entre a reforma psiquiátrica e a medicalização**

**Pesquisador: Danilo J. Goulart dos Santos**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Kelly Cristina Brandão da Silva**

**Número do CAAE: 99827118.2.0000.5404**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

#### **Justificativa e objetivos:**

O objetivo dessa pesquisa é investigar a concepção de trabalhadores de saúde mental dos CAPSij a respeito de seu funcionamento, assim como em relação aos diagnósticos no campo da saúde mental de crianças e adolescentes. A partir disso, contextualizar o campo da infância e da adolescência como objeto da psiquiatria e problematizar o discurso psicopatológico.

Com isso, poderá haver contribuição para o avanço das pesquisas na área de atenção e saúde mental à crianças e adolescentes em atendimentos em serviços substitutivos, CAPSij.

#### **Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a conceder uma entrevista sobre suas concepções a respeito do funcionamento do serviço, assim como seu entendimento sobre a psicopatologia da infância e da adolescência. A entrevista será realizada nas dependências do seu próprio serviço e será gravada em áudio. A entrevista será realizada em um único encontro com a duração de, no máximo, 30 minutos. Os dados da coleta serão armazenados para análises da pesquisa e ensino e

ficarão de posse do pesquisador responsável, Danilo José Goulart dos Santos, por 5 anos, em HD externo e computador pessoal. Eles serão armazenados na sala da orientadora do pesquisador responsável, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kelly Cristina Brandão da Silva, no Departamento de Desenvolvimento Humano e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DDHR/FCM/UNICAMP), em armário fechado e de acesso apenas aos dois pesquisadores já mencionados. Os dados serão analisados e utilizados em trabalhos com fins exclusivamente científicos/acadêmicos. Após o período de 5 anos, os dados serão descartados.

**Desconfortos e riscos:**

Você **não** deve participar deste estudo caso não se sinta confortável para falar sobre o funcionamento do serviço, assim como sua concepção sobre psicopatologia da infância e adolescência. A pesquisa não oferece riscos previsíveis aos participantes. Na hipótese de desconforto durante a realização da entrevista, o pesquisador deverá ser informado e a entrevista será finalizada imediatamente. A pesquisa possui desconforto mínimo relacionado ao tempo da entrevista. Com o objetivo de minimizar esse desconforto, os dados serão coletados em um único dia e em seu local de trabalho.

**Benefícios:**

Não são oferecidos benefícios diretos ao sujeito entrevistado, embora o conhecimento levantado a partir dos relatos dos participantes contribua para os avanços das pesquisas na área de atenção e saúde mental à crianças e adolescentes em atendimentos em serviços substitutivos, CAPSij.

**Acompanhamento e assistência:**

Durante todas as etapas de desenvolvimento da pesquisa, inclusive após o seu término, os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecer dúvidas ou dar maiores explicações sobre o estudo. Em caso de danos decorrentes da pesquisa, o participante receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

**Ressarcimento e Indenização:**

Não haverá a necessidade de ressarcimento, pois o estudo será feito durante a rotina do participante em seu local de trabalho. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Danilo J. Goulart dos Santos, Rua Peixe Abade, 215 Leme, SP, (19)3571-0297, e-mail: [dgpsico@yahoo.com.br](mailto:dgpsico@yahoo.com.br) e Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Kelly Cristina Brandão da Silva, Rua Tessália Vieira de Camargo, nº 126 Cidade Universitária 13083-887 - Campinas, SP – Brasil Telefone: (19) 3521-8800, e-mail: [ksilva@fcm.unicamp.br](mailto:ksilva@fcm.unicamp.br). Departamento de Desenvolvimento Humano e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas (DDHR/FCM) Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br).

**O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a)

participante: \_\_\_\_\_

Contato telefônico:

\_\_\_\_\_

E-mail (opcional):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_ Data:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do pesquisador)

## **Anexo**

**Parecer consubstanciado do CEP**