



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – UNIVASF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO – PRPPGI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

TATIANA TARRÃO DOS SANTOS

***ENTRE SABERES E CONTRADIÇÕES: A PRODUÇÃO DE SENTIDOS ACERCA
DA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA INFÂNCIA***

Petrolina

2024

TATIANA TARRÃO DOS SANTOS

***ENTRE SABERES E CONTRADIÇÕES: A PRODUÇÃO DE SENTIDOS ACERCA
DA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA INFÂNCIA***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco, como parte das exigências para obtenção do título de Mestra em Psicologia, da Linha II: Processos Psicossociais.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Duccini

Petrolina

2024

Santos, Tatiana Tarrão dos
S237e Entre saberes e contradições: a produção de sentidos acerca da
medicalização do sofrimento psíquico na infância
/ Tatiana Tarrão dos Santos. – Petrolina - PE, 2024.
xii, 173 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do
Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina-PE, 2024.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Duccini.

Inclui referências.

1. Psicologia infantil. 2. Psiquiatria infantil. 3. Medicalização -
Infância. I. Título. II. Duccini, Luciana. III. Universidade Federal do
Vale do São Francisco.

CDD 155.4

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – UNIVASF PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO – PRPPGI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

FOLHA DE APROVAÇÃO

TATIANA TARRÃO DOS SANTOS

**ENTRE SABERES E CONTRADIÇÕES: A PRODUÇÃO DE SENTIDOS
ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA
INFÂNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco, como parte das exigências para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Aprovada em: 30 de janeiro de 2024.

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente



LUCIANA DUCCINI

Data: 01/02/2024 12:02:06-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Profa. Dra. Luciana Duccini
Universidade Federal da Bahia
(UFBA)**

Documento assinado digitalmente



ALAN DELAZERI MOCELLIM

Data: 06/02/2024 12:41:04-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Prof. Dr. Alan Delazeri Mocellim
Universidade Federal da Bahia**

Documento assinado digitalmente



DANIEL HENRIQUE PEREIRA ESPINDULA

Data: 06/02/2024 17:32:58-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

(UFBA)

**Prof. Dr. Daniel Henrique Pereira
Espindula Universidade Federal da Bahia
(UFBA)**

Petrolina 2024

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos(às) profissionais que escutam
as crianças falarem de si, em nome próprio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, porque Ele me mostra seu cuidado, sua proteção e me abençoa diariamente!

A mim mesma. Sim, tenho me autorizado a me orgulhar de minhas conquistas, sobretudo, depois de um percurso tão cheio de desencontros comigo mesma, com este lugar de “mestranda”, outrossim com outros lugares. Alguns lutos ainda por elaborar;

Sigo, porém, com o desejo decidido de aprender a me haver com o experienciado- “De vez em quando Deus me tira a poesia. Olho a pedra, vejo pedra mesmo” (Adélia Prado).

À Lu Duccini, minha orientadora (a melhor que eu poderia ter). A sua generosa acolhida, respeito com os meus tempos e o meu modo de fazer este caminho e para além das orientações teórico-metodológicas, quero dizer obrigada por falas tão preci(o)sas que me mostraram, mais uma vez, que os ideais são inalcançáveis.

A minha família que escolho todo dia e com quem partilho as dores e delícias de viver- gratidão pela sua presença, cumplicidade, respeito e amor diário, Milla. Amo você!

A minha mãe Maria de Fátima e ao meu pai Valmir, que demonstram torcida e alegria por meio de gestos costumeiros, mas genuínos.

A Carol, minha irmã, por sua audácia, criatividade, afeto desmedido e inteligência que me impulsionam.

A Guilherme, Pedro e Nicolle...com eles e ela, nasci como tia. Uma das maiores alegrias de minha vida! Sinto-me responsável afetivamente assim como sinto que estou abrindo caminhos (já que fui a primeira de nossa família a ter acesso ao ensino superior, feito que parecia improvável...e hoje estou aqui).

A minha tia Alda, Andressa, Anny e Laura, vivem juntas e são radicalmente diferentes...cada uma, ao seu modo, tem um lugar em mim cheio de amor.

Aos/às amigos(as) queridos(as), presentes mesmo de longe, demonstrando zelo e torcida constante...respeitando e entendendo a minha ausência: Augusta, Verusca, Antônia Simone, Jaqueline, Patrícia, Muriane, Sande Magaly, Fernanda Maria, Elizabete, Viviane, Layane, Jaíne Porto, Ravena Pires, Ana Aderneira, Nailza e, em especial, a Elder Vargão que contribuiu de diversas formas com essa construção...referências riquíssimas e afeto preci(o)so.

A Adolfo Dourado, por sustentar a posição de me escutar, permitindo que a partir das palavras e silêncios eu faça rupturas de sentidos, do mesmo modo, a construção de tantos outros.

A Yael Gotlieb Ballas minha supervisora de clínica, com quem aprendo a preciosidade de escutar e enxergar a singularidade dos sujeitos.

Aos profissionais do CAPSi, pela abertura e acolhida enquanto estive por lá, em especial a Víctor e Suellen com quem pude ter trocas, mais de perto.

À professora Mariana Rangel Pande e ao prof. Daniel Espíndola pelas valiosas contribuições na qualificação, fundamentais para alguns redimensionamentos.

Aos(às) membros(as) da banca de defesa, Alan Delazeri Mocellim e Daniel Espíndola (titulares) e a Geida Maria Cavalcanti de Sousa e Iara Maria de Almeida Souza (suplentes) que aceitaram o convite para avaliarem a minha dissertação.

E por fim, agradeço a UNIVASF pelo compromisso de fortalecer a educação na nossa região.

Eu queria usar palavras de ave para escrever.
Onde a gente morava era um lugar imensamente e
sem nomeação.

Ali a gente brincava de brincar com palavras tipo
assim: Hoje eu vi uma formiga ajoelhada na pedra!
A Mãe que ouvira a brincadeira falou: Já vem você
com suas visões!

Porque formigas nem têm joelhos ajoelháveis e nem
há pedras de sacristias por aqui.

Isso é traquinagem da sua imaginação.

O menino tinha no olhar um silêncio de chão e na
sua voz uma candura de Fontes.

O Pai achava que a gente queria desver o mundo
para encontrar nas palavras novas coisas de ver assim:
eu via a manhã pousada sobre as margens do rio do
mesmo modo que uma garça aberta na solidão de uma pedra.

Eram novidades que os meninos criavam com as
suas palavras.

Assim Bernardo emendou nova criação: Eu hoje vi
um sapo com olhar de árvore.

Então era preciso desver o mundo para sair daquele
lugar imensamente e sem lado.

A gente queria encontrar imagens de aves
abençoadas pela inocência.

O que a gente aprendia naquele lugar era só
ignorâncias para a gente bem entender a voz das águas e dos caracóis.

A gente gostava das palavras quando elas
perturbavam o sentido normal das ideias.

Porque a gente também sabia que só os absurdos
enriquecem a poesia.

Manoel de Barros

(De Menino do Mato. Editora Alfaguara, Rio de Janeiro, 2015).

Santos, T. T. (2024). *Entre saberes e contradições: a produção de sentidos acerca da medicalização do sofrimento psíquico na infância*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar os sentidos produzidos acerca da medicalização do sofrimento psíquico na infância por meio de práticas discursivas de profissionais que atuam num CAPSi, da região norte da Bahia. Por meio da abordagem teórico-metodológico de produção de sentidos e práticas discursivas, filiada ao Construcionismo Social, construíram-se quatro eixos ou categorias temáticas, a saber: os sentidos que envolvem a construção do diagnóstico e o plano terapêutico, os sentidos que envolvem a medicalização nos processos de escolarização, os sentidos que envolvem a família e a corresponsabilização do cuidado e, por fim, os sentidos que envolvem a rede de atenção à saúde mental da criança. Foram identificadas nas práticas discursivas embates entre o modelo de cuidado vinculado à clínica psicossocial oriundo da reforma psiquiátrica e o modelo biomédico- tradicional, hospitalocêntrico e manicomial. Por um lado, os sentidos produzidos apontam para a legitimidade da singularidade do sujeito, para o reconhecimento que diversas dimensões produzem sofrimento além da biológica, para a valorização de outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento das crianças, o entendimento de que os laudos têm que ser feitos em equipe e com cautela, pois tem a função de garantir direitos, bem como que os sentidos revelam o reconhecimento da importância de condutas terapêuticas articuladas (equipe multiprofissional e processo de trabalho interdisciplinar). Por outro lado, evidenciou-se nas práticas discursivas dos(as) profissionais do CAPSi, sentidos que demonstram que diversos mecanismos adotados no cotidiano são calcados em práticas que compartimentalizam e fragmentam o cuidado das crianças em sofrimento, como por exemplo: a centralidade médico-psiquiátrica frente os diagnósticos, o prontuário como principal via de comunicação, respostas de medicamentação para conter comportamentos inadequados mediadas pela pressão das famílias e escolas, a não inclusão das famílias como corresponsável que culmina em processos de culpabilização da mesma, pouca articulação entre a equipe e a RAPS para a construção dos PTS ou ações que fortaleçam a interdisciplinaridade e intersetorialidade. Considera-se que estão sendo construídos novos sentidos, saberes e instrumentos para cuidar das crianças em sofrimento, contudo os posicionamentos e práticas discursivas construídas ao longo dos dois últimos séculos, a exemplo o saber médico-psiquiátrico parece dificultar uma ruptura radical com ações patologizantes e medicalizantes endereçadas às crianças em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Medicalização da infância; Sofrimento psíquico infantil; Produção de sentidos; Práticas Discursivas.

Santos, T. T. (2024). *Between knowledge and contradictions: the production of meanings about the medicalization of psychological suffering in childhood*. (Master's Dissertation in Psychology). Federal University of Vale do São Francisco, Petrolina.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the meanings produced about the medicalization of psychological suffering in childhood through the discursive practices of professionals who work at a CAPSi, in the northern region of Bahia. Through the theoretical-methodological approach to the production of meanings and discursive practices, affiliated with Social Constructionism, four axes or thematic categories were constructed, namely: the meanings that involve the construction of the diagnosis and the therapeutic plan, the meanings that involve the medicalization in schooling processes, the meanings that involve the family and co-responsibility for care and, finally, the meanings that involve the child's mental health care network. Clashes were identified in the discursive practices between the care model linked to the psychosocial clinic arising from the psychiatric reform and the biomedical-traditional, hospital-centered and asylum model. On the one hand, the meanings produced point to the legitimacy of the subject's singularity, to the recognition that different dimensions produce suffering beyond the biological, to the appreciation of other aspects, in addition to psychiatric diagnosis and medication in the treatment of children, the understanding of that the reports have to be done as a team and with caution, as they have the function of guaranteeing rights, as well as that the meanings reveal the recognition of the importance of articulated therapeutic approaches (multidisciplinary team and interdisciplinary work process). On the other hand, it was evident in the discursive practices of CAPSi professionals, meanings that demonstrate that several mechanisms adopted in everyday life are based on practices that compartmentalize and fragment the care of children in pain, such as: doctor-centeredness. psychiatric approach to diagnoses, the medical record as the main means of communication, medication responses to contain inappropriate behavior mediated by pressure from families and schools, the non-inclusion of families as co-responsible parties which culminates in processes of blaming the family, little coordination between the team and RAPS for the construction of PTS or actions that strengthen interdisciplinarity and intersectorality. It is considered that new meanings, knowledge and instruments are being constructed to care for suffering children, however, the positions and discursive practices constructed over the last two centuries, such as medical-psychiatric knowledge, seem to make a radical break with pathologizing and medical treatments aimed at children in psychological distress.

Keywords: Medicalization of childhood; Child psychological distress; Production of meanings; Discursive practices.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ABS - Atenção Básica à Saúde
ABA - Análise do Comportamento Aplicada
AEE - Atendimento Educacional Especializado
APS - Atenção Primária à Saúde
APA - Associação Americana de Psiquiatria
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAAE- Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CF - Constituição Federal
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CID - Classificação Internacional das Doenças
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNS - Conferências Nacionais de Saúde
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF - Estratégia Saúde da Família
FSM - Fórum Saúde Mental
FNMIJ - Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil
LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental
MSTM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MS - Ministério da Saúde
MLA - Movimento da Luta Antimanicomial
MRS - Movimento da Reforma Sanitária
MPF - Ministério Público Federal
MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NAPSI - Núcleo de Atendimento Psicossocial e Inclusão
OMS - Organização Mundial da Saúde
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental
PTS - Projeto Terapêutico Singular
QI - Quociente de inteligência
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira
RP - Reforma Psiquiátrica
RCLE - Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
SESAU - Secretaria de Saúde
SM - Saúde Mental
SUS - Sistema Único de Saúde
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SAMU- Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SMCA - Saúde Mental da Criança e do Adolescente
TEA- Transtorno do Espectro Autista
TOD - Transtorno Desafiador Opositor
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TS - Transcrição Sequencial
TI - Transcrição Integral
UNIVASF - Universidade Federal do Vale do São Francisco
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
INTRODUÇÃO.....	19
O FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO.....	32
A medicalização do sofrimento psíquico de crianças: querela ou panaceia?.....	41
PERSPECTIVA HISTÓRICA: A TRAJETÓRIA DO CUIDADO E TRATAMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE CRIANÇAS NO BRASIL.....	49
Reforma Psiquiátrica: um novo modelo de cuidado para as crianças?	56
CAPSi e o cuidado do sofrimento psíquico de crianças	65
A PRODUÇÃO DE SENTIDO NA VISÃO CONSTRUCIONISTA.....	70
CAMINHOS METODOLÓGICOS	77
Delineamento do Estudo e Abordagem Teórico-Methodológica.....	77
CAPSi: campo de investigação.....	80
Participantes.....	82
Instrumentos e Técnicas de Pesquisa.....	84
Aspectos Éticos	89
Procedimento de análise dos dados	90
MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO INFANTIL NO CAPSi: saberes, contradições e (in) possibilidades.....	93
A interdisciplinaridade e “o tomador de decisão”: sentidos que envolvem a construção do diagnóstico e o plano terapêutico.....	94
“A escola é a porta de entrada para o CAPSi”: sentidos que envolvem o saber médico nos processos de escolarização.....	106
Um complicador é a família”: sentidos que envolvem a corresponsabilização do cuidado e o lugar da família	114
“Para além dos muros” do CAPSi: sentidos que envolvem a rede de atenção a SM da criança.....	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	136
APÊNDICES	147

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, intitulada *“Entre saberes e contradições: a produção de sentidos acerca da medicalização do sofrimento psíquico na infância”*, resulta da minha trajetória acadêmica, profissional e pessoal. Há pouco mais de uma década como psicóloga com percurso na Psicanálise e na Psicologia Social, cotidianamente, deparo-me com narrativas que dizem respeito ao modo de tratar e cuidar do sofrimento psíquico na infância, as quais estão, muitas vezes, associadas às práticas psicologizantes, patologizantes bem como, aos protocolos universalizantes (tipos de terapias, quantidade de sessões por semana e qual deve ser a modalidade da intervenção da psicóloga, do terapeuta ocupacional e fonoaudióloga, por exemplo tem que ser ABA¹, no caso de Psicólogos(as)). Nos últimos cinco anos mais precisamente, não somente no Sistema Único de Saúde (SUS) mas também no consultório, cenas como as seguintes, tornaram-se corriqueiras no meu dia a dia: uma criança de sete anos, ao ser convidada a falar sobre si, diz “minha mãe diz que eu tenho autismo leve”; uma mãe que busca tratamento para a filha de quatro anos e questiona “Dra., a senhora atende criança com TOD?” Quando a resposta é: atendo crianças! A mãe retoma a pergunta inicial: “criança com TOD? ”; uma família que relata que após avaliação pediátrica, a médica lhes disse que criança tinha 70% de chance de ser autista; um pai que ao nomear o filho, verbaliza: “sei quando ele é meu filho, sei quando ele é TOD²”; famílias que pedem socorro porque não sabem o que fazer com os filhos que “não param quietos”, porque são hiperativos ou autistas; encaminhamentos de escolas apontando que se trata de uma criança com TDAH³,

¹ Análise do Comportamento Aplicada (ABA) é a ciência na qual táticas derivadas de princípios comportamentais são aplicadas sistematicamente para aprimorar comportamentos socialmente relevantes e usada para identificar as variáveis responsáveis pela mudança no comportamento (Cooper, Heron e Heward, 2007)

² Transtorno Desafiante Opositor (TDO) mas popularmente conhecido como TOD, é definido pelo DSM-V como “um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses”.

³ Em 1987, quando a APA publicou a versão do DSMIII, foi nomeado o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Segundo Whitaker (2016) nos anos de 1980 e início dos anos 1990, o diagnóstico de TDAH foi majoritariamente um fenômeno nos Estados Unidos da América, mas com a sua expansão promovida pela APA em acordo com as companhias farmacêuticas, começaram a exportar para outros países do mundo, com sucesso, os seus diagnósticos. Para o autor, o TDAH foi o diagnóstico que abriu caminho para a medicalização da infância no Brasil, e para a criação de um mercado global para os estimulantes como tratamento para esse transtorno. Em 2013, as vendas globais das medicações para TDAH atingiram US\$ 11,5 bilhões, um número que era indício de uma empreitada bem-sucedida, com o seu início em 1980. (Whitaker, 2013, p.16-7).

com TEA⁴ ou outras siglas classificatórias; a médica que encaminha a criança de um ano e dez meses com o diagnóstico fechado de TEA e com a prescrição protocolar das múltiplas terapias combinadas com o uso de psicofármacos. Jerusalinsky (2020), chama a atenção para questões importantes: em que medida as crianças podem confrontar ou se opor, já que ao adotar uma postura mais confrontadora facilmente serão diagnosticadas com TDO (ou TOD, como popularmente é denominado) ou ainda quando crianças não conseguem estabelecer laço com os seus semelhantes – impasses para interação, os quais se supõe que têm que acontecer quase que sem discrepância para todas as crianças – rapidamente serão “diagnosticadas” com TEA pelo “Dr. Google”, embasados em instrumentos formatados como check-list e incorporados como parte ou totalidade da identidade dos sujeitos.

Ao refletir sobre estes aspectos, remeto-me ao que Foucault (2010) apresenta sobre a questão do poder e saber e a relação existente entre estas duas categorias. A meu ver, pensar sobre poder e saber e a sua interface com a medicalização do sofrimento psíquico na infância faz muito sentido, visto que quando o corpo é tomado como “coisa” médica ou “medicalizável”, pode ocorrer uma invalidação do que é peculiar, único e singular nos modos de subjetivação. Portanto, partindo dessa ideia de que o corpo infantil tem sido objeto de saber e elemento nas relações de poder, me parece interessante entender como isso permeia profissionais da saúde, da educação, famílias e até mesmo crianças que se apresentam com uma proposta de diagnóstico médico. Neste trabalho, destaco, que a análise se debruça sobre as práticas discursivas dos profissionais de saúde que atendem crianças em sofrimento.

Importante salientar que à medida em que minhas leituras acerca do fenômeno da medicalização do sofrimento psíquico de crianças se ampliaram, me senti advertida de que além de considerar que as práticas discursivas têm a marca da

⁴ O autismo clássico foi descrito pela primeira vez por Leo Kanner, em 1943, nomeando-o como “Distúrbios autísticos do contato afetivo”, a partir da análise de onze casos com patologia grave e condições singulares; que englobava, além da inabilidade para estabelecer contato afetivo, comportamentos obsessivos, ecolalia e estereotipia (Kanner, 1943). “Os critérios que subsidiaram o diagnóstico do autismo passaram por diversas mudanças ao longo dos anos e foram descritos nos manuais de categorização nosológica. Os mais conhecidos e utilizados são o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), particularmente a partir da década de 1980. Na quinta edição do DSM-5 no ano de 2013, o autismo passou a ser considerado um transtorno do neurodesenvolvimento. Essa categoria absorve em um único diagnóstico os outros transtornos especificados nos transtornos invasivos de desenvolvimento (TID), fazendo apenas distinção quanto ao nível de gravidade em relação à interação e comunicação e com a denominação de Transtornos do Espectro Autista (TEA). A CID-11, publicado em 2018, manteve a terminologia (TEA) e as alterações realizadas no DSM-5, com pequenas mudanças em relação aos critérios diagnósticos. (Fernandes, Tomazellib & Girianell, 2020, p. 2)

biologização/patologização, que encobrem problemas de ordem social, cultural e econômica, há em contrapartida, uma relação dialética que possibilita a reinvenção permanente de atores de uma prática social no cotidiano da práxis. Isto é, na clínica das infâncias, há aqueles(as) que têm a potencialidade de produzir articulação de diversos saberes, de produzir novos processos de subjetivação, recusando-se ao assujeitamento e à massificação que produz a exclusão do diferente, bem como à medicalização do sofrimento.

O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi⁵), por exemplo, é resultado da Reforma Psiquiátrica(RP) e do Movimento da Luta Antimanicomial(MLA), resultado de mobilizações e articulações de atores sociais que incluem trabalhadores(as) da saúde abertos(as) ao diferente, à alteridade e engajados(as) em promover outro paradigma de cuidado (clínica psicossocial) às crianças que manifestam sofrimento psíquico. Desde os anos 2002, o CAPSi – amparado no paradigma psicossocial⁶– reconhece crianças como sujeitos psíquicos e de direitos, defende a inclusão social, tem como norte ético o cuidado em liberdade, e que para além disso caminha na contramão do modelo biomédico.

Apesar de vislumbrar novos modos de saber-fazer com o CAPSi, entendo que há legitimidade em questionar como as práticas de cuidado ocorrem efetivamente, uma vez que, a cultura não muda por meio de uma política ou legislação. Assim, de modo recorrente me questiono acerca do desencontro entre teoria e a prática, questionamento que se repete nos encontros com outros profissionais da saúde que atuam a partir clínica tradicional/biomédica e na psicossocial. Questionamento que também tem sido objeto de pesquisas, de reflexões e de debates. Por levar em conta a importância da prática não psicologizante e patologizante do sofrimento de crianças, julgamos relevante interrogar: Como o sofrimento psíquico de crianças é compreendido? Por que a expressão da agressividade ou de agitação se tornou insígnia de sintoma de um transtorno mental? Que lugar, ocupam os diagnósticos de

⁵ Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes. (Brasil, 2004)

⁶ O paradigma psicossocial considera o sofrimento humano em sua diversidade e complexidade, incluindo seus múltiplos planos singulares, familiares, comunitários, sociais, culturais e macroestruturais. “[...] um campo de saberes e práticas atravessado por um ideário ético-político substitutivo ao da psiquiatria hospitalocêntrica e médico centrada, subordinada ideologicamente, mas ainda dominante nas práticas cotidianas” (Costa-Rosa, 2013, p. 9).

transtornos específicos e a patologização – em idades cada vez mais precoces – no CAPSi? Quais sentidos são atribuídos ao recurso psicofarmacológico no tratamento, assim como outras terapêuticas perante o sofrimento psíquico de crianças? Como o saber-fazer acontece entre profissionais da equipe e a sua interlocução com a rede (saúde, educação, assistência social)? Quais são os principais desafios na direção do tratamento de crianças que estão em sofrimento psíquico?

Como pesquisadora, importante assinalar que assumo posição de enfrentamento à inflação diagnóstica, à epidemia do (ab)uso de psicotrópicos, ao paradigma biologicista do sofrimento psíquico, à padronização às normas homogeneizantes e ao apagamento da existência da identidade e subjetividade de crianças que estão no seu processo de constituição ou construção. Pelo mesmo motivo, reafirmo a clínica da singularidade, a valorização de crianças como sujeitos de direitos e psíquicos, a promoção do diálogo, a inclusão, a aposta no vínculo, bem como na desinstitucionalização. Portanto, este trabalho de pesquisa se delineou... ou se desenha tendo como norte ético aqueles(as) que estão, verdadeiramente na luta pela cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico, sobretudo porque no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a medicalização é um tema que precisa ser enfrentado. Portanto, em permanente fluxo (m o v i m e n t o), busco na arte da “invencionática” apostar na produção de saúde e de vida no campo macro, mas sobretudo, micropolítico – no um a um – acredito que as modalidades de sofrimento apresentadas pelas crianças têm que ser cuidadas e tratadas, principalmente, na primeira infância, todavia não devem ser reduzidas à categorias psiquiátricas (a face mais visível da medicalização, psiquiatrização e patologização), como afirma, Lima (2020).

Considerando que as práticas discursivas, entendidas como os diferentes modos em que os sujeitos, através dos discursos, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais (Spink & Gimenes, 1994), o presente estudo busca analisar os sentidos produzidos acerca da medicalização do sofrimento psíquico, através de práticas discursivas de profissionais que atuam num CAPSi, localizado na região do norte baiano. Para tanto, realizei levantamento bibliográfico da trajetória das políticas voltadas para a atenção às crianças ao longo dos últimos dois séculos (do modelo asilar à clínica psicossocial), dos aspectos teóricos acerca do fenômeno da medicalização do sofrimento psíquico na infância, na contemporaneidade, bem como,

sobre aspectos sobre a produção de sentido e as práticas discursivas, que constroem realidades.

Cabe salientar que a pesquisa foi se redesenhando ao longo do meu percurso como psicóloga-pesquisadora, contudo, em nenhum momento, perdi de vista o objeto de investigação – a produção de sentidos acerca da medicalização do sofrimento da infância (angústias, medos, comportamentos desafiadores e opositores, agressividade, problemas de aprendizagem, alterações psicomotoras, impasses no laço com o outro). A princípio o campo de pesquisa era o ambulatório de saúde mental da cidade onde atuei como psicóloga, durante os últimos cinco anos. Após afastamento (como estratégia política de autocuidado, já que os processos de trabalho estavam me adoecendo, mas também pela leitura de que ética e tecnicamente não teria condição realizar o procedimento de análise de dados) realizei o endereçamento da pesquisa ao CAPSi. Este serviço atualmente é uma potente estratégia do SUS, na promoção de espaço de cuidado e tratamento às crianças em sofrimento, englobando as dimensões ética, clínica e política. Desejo que a leitura, até aqui, seja um convite para que se sinta instigado(a) a querer conhecer e compreender a produção de sentidos sobre a medicalização do sofrimento psíquico de crianças, a partir das práticas discursivas de profissionais do CAPSi! Vem comigo!!

INTRODUÇÃO

Abordar a medicalização do sofrimento psíquico na infância nos obriga a demarcar que compreendermos essa etapa do ciclo vital, ou seja, a infância como uma construção social, configurada a partir de determinadas práticas sociais na esfera privada (relações familiares) ou pública (escola, por exemplo) (Couto, 2004). Couto (2004, p.6) pontua que “a construção histórica do período da infância – do qual a criança é o sustentáculo – forjou um ideário de qualidades determinantes para sua inclusão na história social dos homens”. Ariès (1978) - autor de “História Social da Criança e da Família”, uma das principais referências sobre o tema, assinala que a constituição da Modernidade inaugurou a consciência da particularidade infantil em relação aos adultos, o que, por conseguinte, gerou uma modificação no sentimento acerca das crianças, diferentemente do que ocorreu até o século XVII. Para o autor, a partir disso, emergiram novas instituições que influenciaram fortemente nos modos de pensar e viver a infância, sendo as principais: a família conjugal moderna, em que a criança se tornou figura central, e a escola, considerada a forma prioritária de educação.

Del Priore (2012) afirma, nessa mesma linha de raciocínio, que a “Idade Moderna passa (passou) a preparar, nas escolas, o futuro adulto” (p. 235). A autora aponta que a história sobre a criança feita no Brasil, assim como no resto do mundo mostra que existe uma enorme distância entre o mundo infantil descrito pelas organizações internacionais, por organizações não governamentais ou autoridades, e aquele no qual a criança encontra-se quotidianamente imersa” (Del Priore, 2012, p.233).

Ainda a autora, assinala que existe um paradoxo presente no discurso e nas práticas relacionada à infância, pois se de um lado há uma aposta na criança (no sentido de que ela precisa alcançar..., deve..., tem que se engajar ou torcida para que ela consiga), do outro lado, se apresenta o fato de que “as crianças são enfaticamente orientadas para o trabalho, o ensino, o adestramento físico e moral, sobrando-lhes pouco tempo para a imagem que normalmente se lhe está associada: aquela do riso e da brincadeira” (Del Priore, 2012, p.244).

Nas palavras de Couto (2004, p.6), a infância passou a ser considerada, “tempo da inocência, pureza, beleza, ingenuidade, felicidade, descompromisso,

aprendizado e, fundamentalmente, um tempo sem angústias. Um tempo de preparação ... um caminho, de preferência retilíneo, a ser percorrido para que se forme o homem de amanhã”. Lajonquière (2010) corrobora com esse pensamento, argumentando que em nome da criança idealizada pelo projeto social, se colocam todas as pequenas crianças em risco.

Partindo desses entendimentos, percebemos que de modo hegemônico, no ocidente, há uma aceção que se alinha à universalização da noção de infância e de crianças, marcada pela noção de desenvolvimento e incompletude, que desconsidera as crianças como produtoras de relações sociais, tratando-as como objeto de circuitos diversos de intervenções (Schuch, Ribeiro & Fonseca, 2013). Destarte, salientamos que o presente estudo se assenta na concepção de infância no plural – infância (s) – , haja vista que se trata de momento da vida do sujeito que abrange uma diversidade significativa marcada pelas condições sociais e processos culturais (classe social, etnia, raça, regionalização, etc.) e para além disso, leva em conta o caráter relacional e ativo das crianças na vida cotidiana (Schuch *et al.*, 2013).

Consideramos importante situar outro aspecto deste estudo que diz respeito à delimitação do conceito de sofrimento psíquico, adotado nesta pesquisa. Optamos por utilizar a terminologia sofrimento psíquico ao invés dos termos transtorno mental e doença mental, por compreendermos que são carregados de sentidos ideológicos. Transtorno mental e doença mental são terminologias que estão intimamente ligadas a sentidos e práticas de exclusão e segregação (Willrich, 2009). Ademais, ao elegermos essa expressão, buscamos ampliar as reflexões acerca do paradigma do sofrimento psíquico na infância, sem reduzir a criança a uma síndrome e/ou diagnóstico.

A nossa compreensão do fenômeno do sofrimento psíquico na infância implica em levar em conta a história da criança, aquilo que é da experiência singular, do relacional e contextual (fatores macrossociais) como aspectos irreduzíveis, mas, sobretudo, implica em pensarmos que as condições sócio-históricas organizam os modos de subjetivação na atualidade, caracterizando as novas formas do mal-estar na cultura (Birman, 2012). Ao teorizar sobre o mal-estar na cultura e uma psicopatologia da vida cotidiana, Freud (1929-30) assinala que o sofrimento é inerente à nossa humana e frágil condição, todavia “cada época define politicamente quanto e qual sofrimento pode ser suportado e qual deve ser incluído na esfera do patológico” (Dunker, 2015, p. 219).

Como o contexto da pesquisa é no Sistema Único de Saúde (SUS), relevante demarcarmos a concepção de sofrimento psíquico na infância, adotada pelo Ministério da Saúde (MS). Para o MS as manifestações clínicas de sofrimento psíquico infantil ocorrem por meio do comportamento ou da expressão das emoções de crianças que causam prejuízos e interferem no desenvolvimento de suas atividades e relações cotidianas. Reconhece, portanto, que o sofrimento psíquico não se relaciona a um diagnóstico específico, mas sim como algo presente na vida de todos(as) e com caráter peculiar a cada sujeito. Deste modo, a oferta de intervenções implica em entender como se dão as causas do sofrimento, considerando a sua complexidade e singularidade, e mais do que isso a partir de uma lógica multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (Brasil, 2014).

Rabello (2013, P.119) argumenta que “o sofrimento psíquico é um caminho semiótico, intrínseco ao humano, através do qual o sujeito diz quem verdadeiramente é e qual o pedaço da sua história que fala alto naquele momento”. Para a autora, o corpo orgânico é atravessado por elementos genéticos, mas sobretudo por elementos históricos e sociais, portanto as manifestações clínicas de sofrimento psíquico de uma criança podem indicar afetações de sua relação dialética com a linguagem, com o simbólico e a cultura. Todavia, o sofrimento psíquico, muitas vezes, tem sido tomado como uma entidade nosológica, catalogado pelos manuais psiquiátricos e submetido aos efeitos da moderna e ditatorial psicofarmacologia (Angell, 2011).

Estudos têm apontado que nos últimos anos houve um aumento vertiginoso de transtornos mentais na infância e o recurso medicamentoso vem sendo apontado como a solução para tratar situações psíquicas sintomáticas (Kupfer, 2012; Ferreira, 2015; Vorcaro *et al.*, 2020). Diagnósticos rápidos são cada vez mais frequentes, sem levar em conta as múltiplas dimensões que estão em torno do desenvolvimento de uma criança e das manifestações clínicas que ela apresenta (Lima, 2020). Há expressivo número de crianças diagnosticadas com transtornos de aprendizagem (dislexia, discalculia e disortografia), TDAH, TEA, TDO bem como, depressão, ansiedade, transtorno afetivo bipolar (Vorcaro, Guedes & Couto, 2020). De acordo com Whitaker (2016), pesquisadores(as) “passaram a entender que as crianças podem sofrer de TDAH, depressão e transtorno bipolar, e determinaram que medicamentos psiquiátricos devem ser prescritos para tratar essas doenças do cérebro” (p.13). O autor acrescenta que a revisão histórica e científica aponta que a prática médica, a qual a princípio parecia benéfica às crianças (avanço no diagnóstico,

detecção precoce e tratamento, por exemplo), à medida que toma conta do Estados Unidos e passa a ser exportada para o resto do mundo, pode “ser melhor compreendida como uma empresa de negócios, que causa danos consideráveis quando estudados seus resultados a longo prazo” (Whitaker, 2016, p.13). Para Whitaker, crítico da Psiquiatria, existe uma política de mercado marcada pela aliança entre a indústria farmacêutica e a Associação Americana de Psiquiatria (APA) que contribui para que médicos sejam vistos como aqueles que “curam as doenças do cérebro, da mesma forma que fazem os médicos que tratam de doenças infecciosas e que têm grande prestígio na sociedade”, e põe uma questão que exige reflexão: “Trata-se de um caso de ciência ou de marketing, para vender uma história que trouxe lucros a determinado grupo de pessoas?” (Whitaker, 2023).

Lima (2020) chama atenção para o crescimento da equivalência do sofrimento psíquico com a desregulação do cérebro ou o desequilíbrio de neurotransmissores, outrossim dos imperativos discursivos parentais, sociais e científicos que emergem e demandam aos profissionais dos mais variados campos de intervenção, cuidado e tratamento para as crianças. Compreendemos que as manifestações clínicas do sofrimento psíquico são forjadas, datadas histórica, política, econômica e culturalmente, e que as crianças vêm sendo expostas a efeitos radicais dos discursos capitalista e da tecnociência (Kamers, 2020). Segundo Kamers (2020), “a lógica de produção e do consumo comporta a promessa de que a felicidade, a satisfação plena e o sucesso pessoal podem ser atingidos via aquisição de objetos ofertados pelo mercado” (Buechler & Kamers, 2020, p.125). Em relação ao discurso da tecnociência, as autoras pontuam que ele se constitui “pela generalização da técnica e ascensão da ciência positivista, que reconhece o sujeito apenas como ser de razão e de comportamento ao considerar problemas sociais e relacionais somente a partir de soluções técnicas e individuais” (Buechler & Kamers, 2020, p.125)

Ao se instituir um modelo ideal de sujeito, referência para todos(as), impossível de ser alcançado, tem sido recorrente o processo de psiquiatrização e medicalização dos sofrimentos psíquicos, e as crianças não escapam a essa norma (Caponi, Lajonquière & Martinhago, 2020; Caliman, 2016; Kamers, 2007/2013; Guarido, 2007). A medicalização é um processo antigo, que ao menos do século XVIII e XIX, influencia profundamente nos nossos modos de subjetivação (Caliman, 2016). Para Caliman (2016), apesar disso o fenômeno passou a ter maior destaque a partir dos anos de

1970, sendo associado de modo enfático ao fortalecimento da racionalidade biomédica, à cultura corporal e à sociedade do espetáculo.⁷

No tocante ao processo de medicalização como objeto nas produções acadêmicas, temos as contribuições importantes de Michel Foucault (1972), Irving Zola (1972), Ivan Illich (1975) e Peter Conrad (1975), críticos da medicina moderna. Foucault (1972) analisa o fenômeno da medicalização, entre o final do século XVII e o final do século XIX, marcado pela medicina social que emergiu tendo como elemento nuclear o corpo do indivíduo (biopoder) e o corpo social (biopolítica). Zola (1972), Conrad (1975) e Illich (1975), por sua vez, analisam a medicalização após a Segunda Guerra Mundial. Zola (1972) foi quem inicialmente propôs o conceito de medicalização, indicando que se trata de uma expansão da jurisdição da profissão médica para outros domínios, fazendo com que o Estado e a indústria levassem a sociedade à dependência da medicina (de sua autoridade e de suas práticas). Para Conrad (1992), a medicalização refere-se à descrição de um processo em que problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos (doenças ou transtornos) e Illich (1975) concebe o fenômeno como aquilo que produz a perda da autonomia das pessoas, tornando-as dependentes do saber de especialista.

Collares e Moysés (1994) concebem a medicalização como o processo que transforma questões, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, uma vez que, busca encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas de natureza não-médica. Para as autoras, a medicalização tem como paradigma a concepção de uma ciência médica que discute o processo saúde-doença, desconsiderando determinantes coletivos e a complexidade da vida humana, privilegiando, portanto, uma abordagem biológica e organicista, centrada no indivíduo. Ressaltam que na contramão disso: “o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do sujeito, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do singular e do coletivo” (p. 25).

É necessário destacar que, o que se problematiza neste estudo, é o processo da medicalização, e não o da medicamentação, compreendido como o ato de medicar, ou seja, a prescrição de remédios e a utilização desses em tratamentos,

⁷ A obra “Sociedade do Espetáculo” foi escrita por Guy Debord em 1967, na qual o autor afirma que com o capitalismo avançado, nossos modos de relação na sociedade são mediados por imagens e pelo consumo.

necessários e eficazes desde que o uso não seja utilizado como único meio e fim (Silva, Rodrigues e Mello., 2018). Salientamos, entretanto, que quando a prescrição de medicamentos se refere ao seu uso em situações que não são consideradas problemas médicos e, conseqüentemente, não existe um tratamento farmacológico para tal, a medicamentação alimenta também um processo de medicalização (Caliman, 2016; Silva *et al.*, 2018).

Considerando que os comportamentos e emoções das crianças, os seus modos de estar e agir no mundo, quando fogem a um certo padrão e norma, tornam-se alvos de intervenções psiquiátricas, perguntamos: Numa sociedade marcada por desigualdades sociais, raciais e de gênero, como é em nosso país, as crianças são tratadas da mesma forma? Como elas são olhadas, o que se olha e como se olha? Qual é o lugar de uma criança negra e quais marcas ela traz, daqueles que as antecederam? Ademais, como tem sido o olhar para a manifestação de fracasso no processo escolar de uma criança (dificuldades de aprendizagem, baixo desempenho escolar, distorção idade-série/ano, abandono escolar precoce ou repetência, problemas de comportamento)?

Falando em questões escolares, Kupfer (2001) afirma que “o discurso social moderno cria uma criança cuja consistência está no fato de ela ser submetida a uma educação nova, que implica vigilância, disciplina, segregação” (p.42) fazendo surgir a escola, e por definição, o status da criança como escolar”. Nesse sentido, Caliman (2016) sustenta que a constituição das escolas é atravessada pela busca da ordem, e com isso as crianças que perturbam o funcionamento escolar são há tempos, encaminhadas (com pedidos de laudos e psicotrópicos) aos profissionais do campo psi, principalmente, aos psiquiatras e neurologistas que priorizam intervenção psicofarmacológica.

Conforme Viégas, Ribeiro, Oliveira e Telles. (2014), quando a lógica biomédica adentra a escola e determina os padrões de normalidade dentro da vida escolar e das pesquisas realizadas na e sobre a escola, ocorre o processo de medicalização da educação. A delimitação do conceito de medicalização apresentada pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (movimento social de enfrentamento aos processos de medicalização no Brasil) nos interessa bastante. O Manifesto Desmedicalizante e Interseccional (2019) escrito pelo Fórum assinala que “a medicalização envolve uma racionalidade que naturaliza a vida humana, e, no mesmo giro reducionista e determinista, formata quais são os tipos “naturalmente” valorizados

ou desvalorizados, desejáveis ou indesejáveis” (p.12). Para o Fórum, essa racionalidade permeia o cotidiano por meio de diversos dispositivos estratégicos e práticos, inseridos em todos os espaços e instituições (escolas, postos de saúde, igrejas, templos, banheiros, ônibus, ruas, mídias...), os quais operam em torno de matrizes normativas e ideais regulatórios. Ou seja, “prescrevem padrões (de desenvolvimento, comportamento, aprendizagem, inteligência, afetividade, linguagem, gênero, sexualidade, eficiência, estética...) (p.12)”. Ademais, são padrões que devem ser seguidos à risca por todos(as), o que por consequência, invisibilizam a complexidade da existência e camuflam o fato de que as condições de vida são absurdamente desiguais.

Ao individualizar a questão e não considerar a dinâmica e o movimento da sociedade (em termos histórico, político, social e econômico), notamos uma permeabilidade do discurso pedagógico à cientificidade médico-psicológica (Caponi, Lajonquière & Martinhago, 2020). Caponi *et al.*, (2020) acrescentam que as fronteiras entre o que se considera “normalidade” e o que se define como patologias psíquicas no campo da infância ficaram difusas, culminando na psicopedagogização e medicalização da vida de crianças e adolescentes, fundamentalmente no âmbito escolar e familiar.

Sodré, Souza e Cabral (2021), em estudo realizado num município baiano, com o objetivo de conhecer as concepções de educadores(as) e psicólogos(as) sobre o encaminhamento das crianças com queixa escolar para serviços de saúde e investigar as modalidades de atendimento a esse fenômeno, destacam que houve a prevalência da concepção de que questões de ordem educacional, familiares e sociais justificam os problemas de escolarização das crianças, o que culmina no encaminhamento aos serviços de saúde. Segundo a pesquisa, a CAPSi acaba absorvendo a maior parte dos casos relacionados à queixa escolar, de forma que poucos alunos são atendidos pelas professoras de Atendimento Educacional Especializado (AEE), sendo demandadas aos psicólogos(as), avaliação e intervenção em “escolares com problemas emocionais, ou suspeitos de alguma psicopatologia, por exemplo” (Sodré *et al.*, 2021, p.50).

Sodré *et al.* (2021) afirmam que a adesão ao modelo psicologizante do atendimento à queixa escolar, descarta-se o caráter das múltiplas faces deste problema – como o cotidiano escolar, as práticas pedagógicas, as condições de trabalho dos profissionais, entre tantos outros fatores – e ao responsabilizar o aluno

pela condição em que se encontra, recai na medicalização da educação. Em estudo sobre TDAH, Ferreira (2016) aponta que o fenômeno da medicalização da aprendizagem, como forma de justificação biológica do fracasso escolar, tem movimento ascendente e desfruta, em larga medida, da legitimidade social dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem – pais, professores, alunos, direção e coordenação escolar. Ou seja, a medicalização tem se apresentando como uma demanda sociocultural. Segundo a autora, quando os problemas educacionais, em específicos as dificuldades de aprendizagem, são transformados em problemas biológicos e, portanto, do(a) aluno(a), desconsidera-se que o fracasso escolar⁸ acontece no entrecruzamento de histórias dentro e fora da escola: “a da classe, da professora, da criança, do projeto político pedagógico, dos artigos e livros que têm sido publicados na época, e da política educacional entre outras” (Ferreira, 2016, p.52).

Como o escopo do trabalho volta o olhar para o campo da infância, entendendo que essa é transformada pelos processos sociais e históricos, não podíamos deixar de fora a crise sanitária e social, vivida em nível global e com efeitos tão significativos no Brasil, que foi a pandemia de Covid-19. Entre os anos de 2020-22 (período mais crítico) passamos pela pandemia de Covid-19 causada pelo vírus SARS-CoV-2 ou Novo Coronavírus, identificado pela primeira vez na China no final de 2019, que produziu repercussões significativas nos modos de vida da sociedade, a exemplo a restrição ou proibição do funcionamento de escolas, locais de convívio comunitário e de outros espaços onde poderiam haver aglomeração de pessoas, além de incluir medidas de segurança e proteção implantadas em diversos países, como a higienização recorrente das mãos e uso de máscaras (OMS, 2020). As medidas de isolamento social geraram impactos em toda a sociedade, por exemplo as casas (grupos sociais específicos) foram transformadas em ambiente de trabalho e escolar, marcadas pelo acentuado uso dos dispositivos eletrônicos.

Embora a pandemia tenha impactado nosso cotidiano e as nossas vidas, alguns grupos sociais foram mais afetados (pessoas com deficiência, idosos, indígenas, crianças e adolescentes) (Silva, Luz, Carvalho & Gouvêa, 2022). No caso das crianças, considerando que “a escola contemporânea tem assumido um papel tanto de equalização das desigualdades sociais, raciais e de acesso à cultura quanto

⁸ Ver mais_ A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia / Organizado por Maria Helena Souza Patto. -- São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2022.

de reprodução dessas desigualdades e de negação da herança cultural de grupos marginalizados” (Silva *et al.*, 2022, p.273), em meio a essa gravíssima crise sanitária e social, como o fechamento das escolas, que restringiu as atividades escolares ao contexto doméstico ou familiar (muitas vezes sem internet e dispositivos eletrônicos)? Conforme Silva *et al.* (2022), “o fechamento das escolas em decorrência da pandemia comprometeu seu círculo de relações, seu espaço de aprendizagens, suas interações com outras crianças, com professores e com os diferentes objetos de conhecimento, restringindo seu acesso à cultura e sua formação cidadã” (p.271).

De acordo com a Unesco⁹ (2021), um ano após o início da pandemia em 2020, quase metade dos estudantes do mundo reconhecia que o fechamento parcial ou total das escolas produzia efeitos sobre eles. A Unesco previu que mais de 100 milhões de crianças iriam lidar com perdas no processo de aprendizagem, ficando abaixo do nível mínimo de proficiência em leitura como resultado dessa crise de saúde, especialmente aquelas de comunidades vulneráveis e desfavorecidas, devido às desigualdades sociais. Sabemos que no nosso país as desigualdades sociais e de gênero foram ampliadas com a pandemia, o que pode incidir diretamente nas crianças. “Nos primeiros quatro meses de 2020, com a pandemia do novo coronavírus, houve um crescimento médio de 14,1% no número de denúncias feitas ao “Ligue 180” em relação ao mesmo período de 2019” (Lima/Fiocruz, 2021). Em virtude das medidas necessárias para conter a transmissão do Sars-Cov-2 /COVID-19, houve a restrição do acesso aos serviços de saúde (exceto no caso dos essenciais, como hospitais e unidades de pronto atendimento), de assistência social e de educação, inclusive o acesso a equipamentos de saúde mental infantojuvenil, como o CAPSi ficou comprometido. Os serviços e os(as) usuários tiveram tanto de enfrentar obstáculos na adaptação frente o novo cenário e perspectivas quanto ao retorno das atividades pós-pandemia.

O CAPSi, considerado equipamento estratégico na atenção ao sofrimento psíquico tem o intuito de ofertar “cuidado intensivo, integral, interdisciplinar e intersetorial de base territorial e comunitária a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico” (Brasil, 2004). Prioritariamente, o CAPSi deve garantir acolhimento,

⁹ A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) é uma agência especializada das Nações Unidas (ONU) com sede em Paris, fundada em 4 de novembro de 1946 com o objetivo de garantir a paz por meio da cooperação intelectual entre as nações, acompanhando o desenvolvimento mundial e auxiliando os Estados-Membros – hoje são 193 países – na busca de soluções para os problemas que desafiam nossas sociedades”. Fonte: Ministério da Educação/Brasil

avaliação e acompanhamento a estes sujeitos que manifestam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes (como autismo, psicose, neurose grave, etc.), sofrimentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações que impossibilitam estabelecer laços com o outro, bem como realizar projetos de vida (Brasil, 2004).

De acordo com Couto e Delgado (2015), o CAPSi deve operar através do paradigma psicossocial, fazendo uma ruptura com o modelo biomédico, de modo que, os(as) profissionais têm que se deslocar do lugar técnico para a clínica, olhando para o complexo do sujeito e sua experiência de sofrimento psíquico. No caso específico da infância, isso exige “a superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado que amparassem ações cidadãs e não segregadoras” (Couto & Delgado, 2015, p.8). Nessa perspectiva, embora o CAPSi seja a reestruturação do modelo assistencial, orientado por um modelo público de atenção que reconheça crianças como sujeitos psíquicos e de direitos e que deve priorizar uma proposta ancorada no trabalho em equipe interdisciplinar, questionamos como na prática se sustenta essa proposta de intervenção, o cuidado em liberdade, de orientação psicossocial? A doença fica entre parênteses, ou seja, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico para ser exclusivamente clínico? Como os(as) profissionais de saúde do CAPSi se posicionam frente às demandas de diagnósticos, laudos e pílulas? O que tem sido ofertado clínica e politicamente? Quais são as práticas discursivas em relação à medicalização do sofrimento psíquico na infância?

Pande (2016) assinala que em relação à medicalização é imprescindível analisar e discutir inúmeras situações vivenciadas cotidianamente no contexto clínico, atravessadas por relações de poder, e que, por conseguinte, reverberam diretamente na maneira de agir e de viver, bem como nas possíveis formas de superação. A autora afirma que as práticas discursivas, quando aliadas ao conhecimento científico, tornam-se instrumentos poderosos da difusão das verdades ditas pelas ciências. A exemplo disso, ressalta que “ao definir e determinar um diagnóstico, ou ao expor uma dada compreensão nosográfica e nosológica sobre um comportamento desviante” (Pande 2016,p.32) fatos concretos, tomados de forma mais ou menos absoluta, são instituídos, assumindo estatuto de verdade e, mais especificamente, de verdade científica. A autora também nos alerta sobre as contradições dos saberes que compõem as ciências.

Destarte, na contramão das ciências das evidências, das verdades absolutas, assumimos um posicionamento que se ampara teórica e metodologicamente no Construcionismo Social. Por estranharmos situações cristalizadas do cotidiano, procurarmos compreender aspectos que contribuam com essa naturalização e, em seguida, construirmos, informações que possam gerar subsídios a propostas de mudança em dada realidade (Spink & Frezza, 2013). Tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas (Spink & Frezza, 2013). Num raciocínio que conversa com essa compreensão, a produção de sentido é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. Consideramos profícuo afirmar que ao realizarmos pesquisa na perspectiva das práticas discursivas, partimos da ideia de que o conhecimento é algo construído coletivamente, a partir de leituras, descrições e interpretações possíveis do mundo e, tão importante quanto, é pontuarmos que as abordagens construcionistas são um convite a questionar o instituído (Spink, 2010).

Salientamos que pesquisas acerca do tema da medicalização da infância têm sido recorrentes, todavia são exíguos estudos que analisem as práticas discursivas de profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e que busquem problematizar as repercussões dessa compreensão nas práticas de cuidado em saúde mental de crianças. Portanto, o estudo inclui em seu corpo teórico e metodológico o referencial das práticas discursivas e a produção de sentidos (Spink, 2013) desafiando o modo tradicional de fazer ciência como produtor de verdades incontestáveis; uma contraposição ao saber-fazer que busca a construção de uma verdade universal referente à infância, mas, sobretudo, acerca da medicalização do sofrimento psíquico infantil.

Com isso nossa pesquisa tem como objetivo analisar a produção de sentidos referentes à medicalização do sofrimento psíquico na infância, através de práticas discursivas de profissionais de saúde de um CAPSi, localizado na região norte da Bahia; tendo como objetivos específicos: identificar disputas de sentidos na literatura e no campo, acerca do fenômeno medicalização do sofrimento psíquico na infância; visibilizar repertórios interpretativos mobilizados por profissionais de saúde ao produzir sentidos referentes ao sofrimento psíquico de crianças; identificar, as relações de saber-poder e jogos de posicionamento frente a medicalização da infância; e, identificar, a partir das práticas discursivas dos profissionais, o paradigma

de cuidado (biomédico-psiquiátrico e/ou clínica psicossocial) ofertado às crianças atendidas no CAPSi.

Após este texto introdutório, destacamos que a dissertação está estruturada em cinco capítulos: A fundamentação teórica engloba o primeiro e o segundo capítulo; o primeiro capítulo intitulado “O fenômeno da medicalização”, apresentamos a historicidade do processo da medicalização que, embora antigo, passou a ter relevância nas pesquisas acadêmicas a partir dos anos de 1970, com críticos da medicina moderna, a exemplo de Foucault, Conrad e Illich. Ademais, são apresentadas definições do fenômeno que nos permitem problematizar e compreender os discursos que tomam o sofrimento psíquico, inclusive o da infância como objeto da medicalização, da psiquiatrização e psicofarmacologização. Na sequência, o segundo capítulo intitulado “Perspectiva histórica: a trajetória do cuidado e tratamento do sofrimento psíquico de crianças no Brasil”, apresentamos a trajetória da assistência ofertada às crianças, marcada pela lógica normativa e médico-jurídica visto que a presença da institucionalização de crianças com deficiência social (pobres) e deficiência mental, perdurou por quase um século; o que efetivamente mudou com sua ruptura que se deu anos de 1990, com a criação do ECA¹⁰? Com o Estatuto, a partir do princípio da Proteção Integral, a criança passou ser a tomada como sujeito de direito, e o Estado foi convocado a assumir seus deveres juntamente com a família e a sociedade. Por meio da Lei nº10.216/2001, da criação dos CAPSi em 2002 e de outras normativas no campo da saúde mental, ações começaram a ser implementadas a fim de garantir direitos sociais e psíquicos, das crianças em sofrimento psíquico grave e persistente. Neste capítulo, podemos compreender as influências da transição de paradigma das práticas de cuidado à criança (clínica biomédica tradicional X clínica psicossocial), os impasses da atualidade e o papel essencial do CAPSi na sua dimensão clínica e ético-política.

O terceiro capítulo intitulado “Caminhos metodológicos” descrevemos o percurso que realizamos, situando o(a) leitor(a) sobre o porquê da aposta na abordagem teórico-metodológico de produção de sentidos e práticas discursivas,

¹⁰ “O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sancionado em 13 de julho de 1990, é o principal instrumento normativo do Brasil sobre os direitos da criança e do adolescente. Portanto, definindo a criança e adolescente como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento, que demandam proteção integral e prioritária por parte da família, sociedade e do Estado. O ECA incorporou os avanços preconizados na Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas e trouxe o caminho para se concretizar o Artigo 227 da Constituição Federal, que determinou direitos e garantias fundamentais a crianças e adolescentes” (Brasil, 1990/2022, p.8).

alinhado ao Construcionismo social. Também apresentamos o campo de investigação- CAPSi; a escolha da amostragem e os critérios de inclusão; a escolha dos instrumentos e técnicas de pesquisa: observação participante, registros em diário de campo e entrevistas semi-estruturadas, elementos fundamentais para o procedimento de análise dos dados, a posteriori; e, por fim, e não menos importante, os aspectos éticos envolvidos nesse estudo.

O quarto capítulo intitulado “Medicalização do sofrimento psíquico infantil no CAPSi: saberes, contradições e (in)possibilidades” refere-se à análise dos sentidos produzidos pelos(as) profissionais em relação ao tema central da pesquisa, categorizados em quatro categorias temáticas, a saber: a interdisciplinaridade e “o tomador de decisão”: sentidos que envolvem a construção do diagnóstico e o plano terapêutico; “A escola é a porta de entrada para o CAPSi”: sentidos que envolvem o saber médico nos processos de escolarização; “Um complicador é a família”: sentidos que envolvem a corresponsabilização do cuidado; e, por fim, “Para além dos muros” do CAPSi: sentidos que envolvem a rede de atenção à saúde mental da crianças.

Por último, o quinto capítulo intitulado Considerações finais, em que constam algumas reflexões inacabadas acerca do objeto de investigação (a medicalização do sofrimento psíquico na infância), mas sobretudo, acerca dos sentidos produzidos, cotidianamente, por profissionais que atuam no SUS atendendo as crianças em sofrimento psíquico.

REFERENCIAL TEÓRICO

O Fenômeno da Medicalização

Tema recorrente do pensamento social, desde os anos de 1970, o fenômeno da medicalização é considerado um conceito de relevância prático-teórica e tem sido objeto de investigação em produções acadêmicas nos campos da saúde coletiva, da antropologia médica, da sociologia da saúde e nos demais das Ciências Humanas e Sociais (Zorzanelli, Ortega & Bezerra Junior, 2014). Os autores chamam-nos a atenção para o fato de que o termo medicalização tem sido utilizado com excessiva abrangência ao que se chama de crítica à medicalização têm gerado controvérsias inerentes ao campo conceitual. Zorzanelli *et al.*, (2014) questionam as vantagens teóricas de utilizá-lo, argumentando que o “uso do termo medicalização como uma crítica ao poder médico obscurece diferentes níveis de sua ocorrência” (p.1860), visto que essa terminologia tem sido usada para designar ações de pessoas também de fora do campo médico. Para exemplificar isso, apresentam situações como: a) a prescrição de medicamentos para casos que não tratam necessariamente de doenças (contraceptivos e aprimoramento cognitivo); b) a apropriação por parte dos usuários de medicamentos e de outras tecnologias médicas (autodiagnósticos); e, c) a inclusão de características como timidez e tristeza no rol de novos alvos da psicofarmacologia.

Salientamos que pretendemos fazer uso do termo medicalização de modo cuidadoso e atento aos sentidos conceituais atribuídos ao mesmo, evitando por exemplo, situarmos o poder médico no centro do fenômeno. Assumimos um posicionamento crítico, que contribua para uma análise e discussão acerca das maneiras de construção cotidianas de práticas de saúde com foco no sofrimento psíquico na infância – por uma clínica psicossocial, ou seja, não medicalizante. Partimos da premissa que a medicalização é um fenômeno social complexo, e, portanto, não cabe um sentido único e universal, uma vez que “é um efeito de distintos processos e arranjos históricos sociais, no qual a Medicina, em suas facetas variáveis, mas não apenas ela, tem um importante papel na conformação do fenômeno” (Carvalho, Rodrigues, Costa, & Andrade, 2015 p. 24). Para tanto, traremos formulações teóricas dos principais autores que contribuem para o debate em torno da medicalização.

A medicalização, ao menos desde o século XVIII e XIX, é um processo que interfere profundamente nos nossos modos de subjetivação, contudo o fenômeno passa a ter maior destaque a partir dos anos de 1970, sendo associado de modo enfático ao fortalecimento da racionalidade biomédica, à cultura corporal e à sociedade do espetáculo (Caliman, 2016). Os trabalhos iniciais como o de Zola (1972), Conrad (1975), Illich (1975) e mais tarde o de Hacking (2000), Clarke *et al.* (2003), Rosemberg (2006) figuram no cenário de crítica à medicalização. Outra referência obrigatória no que se refere a este tema, é o Foucault (1972), todavia cabe destacar a leitura que Zorzanelli e Cruz (2018) fazem sobre este autor. Para eles, Foucault tem duas compreensões do fenômeno: a primeira, em que a medicalização é associada ao processo de sanitização de importantes cidades europeias, visto que à medida que iam crescendo intervenções médicas com vistas à produção da salubridade e higiene social aconteceram; e a segunda, que teve início ao final do século XIX e se estende até aos dias atuais, a qual diz respeito à extrapolação da ciência médica à vida como um todo- medicalização indefinida. Nas palavras de Zorzanelli e Cruz (2019, p. 722) “não haveria mais exterioridade ao saber médico nem fenômeno que não pudesse ser descrito por meio da relação do corpo com a medicina”. Para Foucault (1976), um dos fenômenos fundamentais do século XIX ocorreu com “a assunção da vida pelo poder [...] [ou seja], uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico” (p. 286).

Zorzanelli *et al.* (2014) argumentam que a leitura de Foucault do processo de medicalização se diferencia dos seus contemporâneos e isso deve ser levado em conta, pois a análise foucaultiana envolve o contexto da Europa e a constituição do Estado-nação (entre o fim do século XVII e início do XIX), já autores como Zola (1972), Conrad (1975) e Illich (1975) analisam o fenômeno no decorrer do século XX, pós-Segunda Guerra.

Após a Segunda Guerra Mundial, a utilização dos psicotrópicos e à ascensão da psiquiatria biológica, marcado pelo que Amarante (2007) nomeia de boom das psicoterapias e psicofármacos no campo da saúde mental. Para o autor, isso foi recebido pela sociedade como a descoberta das pílulas milagrosas, consideradas a solução definitiva para os problemas psíquicos. Freitas e Amarante (2015) afirmam que “a epidemia das drogas psiquiátricas é um dos aspectos mais relevantes da medicalização do homem contemporâneo” (Freitas & Amarante, 2015, p.33).

Entendemos que é necessário enfatizar que o que problematizamos neste estudo é o processo da medicalização, e não o da medicamentação. A medicamentação tem relação com o controle médico sobre a vida das pessoas, por meio da prescrição de remédios como única terapêutica para solucionar situações da realidade cotidiana (Freitas & Amarante, 2015; Amarante, 2017). Embora, o tratamento medicamentoso seja necessário e eficaz, a prescrição não pode ser utilizada como único meio e fim, isto significa que não se trata de pregar a extinção do uso de medicamentos, mas, sim, de questionar a centralidade deste uso. Conforme os autores, a medicamentação é consequência de um fenômeno mais amplo: a medicalização social que, por sua vez, diz respeito à incorporação de aspectos políticos, econômicos, sociais e existenciais da condição humana (sono, sexo, alimentação e emoções) sob domínio do medicalizável – diagnóstico-terapêutica-cura.

De acordo com Freitas e Amarante (2015), “na medida que se difunde a ideia de que medicamentos supostamente inovadores prolongam e aumentam a qualidade de vida e tratam de problemas que temos dificuldades para enfrentar” (p.34), há uma crescente expansão no cotidiano das pessoas e com isso, o poder da medicina vai se impondo como algo natural. Os autores assinalam que “áreas tradicionalmente consideradas tabus são transformadas em território para aliança entre a medicina e indústria farmacológica, como é o caso da infância” (p.34). Dessa forma, no campo da saúde mental, tem sido observado indicação ampla de medicamentos para sofrimentos psíquicos, os quais, em sua grande maioria, referem-se a problemas sociais e econômicos (Freitas & Amarante, 2015). Quando a prescrição de medicamentos se refere ao seu uso em situações que não são consideradas problemas médicos e, conseqüentemente, não existe um tratamento farmacológico para tal, a medicamentação pode ser considerada uma das conseqüências da medicalização (Freitas & Amarante, 2015; Bezerra, Jorge, Gondim, Lima & Vasconcelos, 2014; Silva *et al.* 2018). Ressaltamos o que afirma Caliman (2016), “a medicalização e medicamentação assumem uma face muito peculiar no processo de psiquiatrização e psicofarmacologização da vida (p.49).

Freitas e Amarante (2015) abordam o fenômeno da medicalização apontando duas questões que consideram essenciais para a sua compreensão. A primeira, como se efetua a passagem de uma condição social ou de um comportamento individual “indesejável ou perturbador” ao estatuto de patologia e a segunda, quais bases científicas e ideológicas apoiam os discursos que permitem a transposição do social

para o que é da ordem médica e a tornam aceitável, até mesmo, desejável, aos olhos da sociedade. De acordo com os autores, ao longo da história, o contexto social e político contribuiu para que a medicina e as práticas discursivas sobre saúde ganhassem evidência significativa, entretanto distintas nuances e sentidos são atribuídos à medicalização.

A partir de uma leitura atenta da obra de Foucault, localizamos o fenômeno da medicalização, entendido como processo de medidas coletivas adotadas pelo Estado naquele contexto histórico para conter, controlar e registrar as doenças, assim como na formulação de práticas de saúde. Ressaltamos que se trata de um acontecimento que fez emergir a Medicina Social no século XVIII, na leitura do autor. O clássico intitulado *História da Loucura* (Foucault, 1978) mostra que nos séculos XVII e XVIII, a concepção de sofrimento psíquico ganhou status de doença mental, culminando no nascimento da clínica psiquiátrica enquanto especialidade médica. A criação de grandes espaços de internamento, no século XVII, nomeados de Hospitais Gerais, por meio das cartas régias ou das prisões arbitrárias, foram os lugares em que marginalizados, “pervertidos”, “miseráveis”, “delinquentes” e, dentre eles, os “loucos” foram reclusos (Foucault, 1978 citado por Amarante, 1996). Neste sentido, o Hospital Geral se tornou uma instituição médica por excelência, de modo que foi capturado como lugar privilegiado de produção e exercício do saber médico (Foucault, 1978). A medicalização tem, portanto, íntima relação com as relações de saber-poder do campo da medicina, levando à interferência do saber médico sobre a vida, e no caso do sofrimento psíquico, por meio do saber psiquiátrico (Foucault, 1978).

A emergência da psiquiatria enquanto ciência médica foi o da sociedade disciplinar do século XVIII, sendo a obra de Philippe Pinel (1745-1826), o *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, publicada em 1801, a que instituiu o fenômeno da loucura (sofrimento psíquico) como objeto do saber médico, dando status ao mesmo de alienação mental, considerada, por conseguinte, uma doença mental. Segundo Amarante (2008), Pinel elaborou a primeira nosografia – classificação de enfermidades mentais, consolidando o conceito de alienação mental e a profissão de alienista. A observação do fenômeno como procedimento de classificação do psiquismo, sobretudo o que escapava às referências de normalidade era o recurso principal. A figura do médico passou a ser identificada como o “mestre da loucura”, detentor do saber sobre estas condições, figura de autoridade suprema

sobre o conhecimento das etiologias e das formas de tratamento para os doentes da época (Amarante, 2008).

Amarante (2008) afirma que “o ‘gesto de Pinel’ desacorrentando os loucos poderia nos dar a ilusão de que os loucos teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional” (Amarante, 2008, p.35), entretanto ao adotar a hospitalização e o princípio do isolamento como imperativo terapêutico (tratamento moral), houve apenas a transformação da forma da instituição. Segundo Amarante, esse modelo de compreensão do sofrimento de marca fortemente a natureza biomédica da medicina ocidental, uma vez que, se centra na doença, como objeto abstrato e natural, e não no sujeito da experiência da doença. Noutra palavras, a lógica pineliana sustenta em alguma medida, até os dias de hoje, a medicalização da vida que se relaciona às práticas biomédicas, nas quais a medicina se transformou numa instituição de controle social que toma a sociedade como objeto de higienização e disciplina.

A este respeito, Foucault (1999, p. 159) sustenta que “a criança, o doente, o louco, o condenado se tornaram, cada vez mais facilmente a partir do século XVIII e segundo uma via que é a da disciplina, objeto de descrições individuais e de relatos biográficos”. E “a transcrição por escrito das existências reais [...] funciona como processo de objetivação e de sujeição”. (Foucault, 1999, p. 159). Partindo disso Caponi (2009) assinala que analisar o discurso psiquiátrico relacionado aos anormais incube-nos necessariamente de retomar o conceito de biopolítica da população e questionar as dificuldades implícitas na oposição normal/patológico. Nas palavras de Zorzanelli *et al.* (2014), a biopolítica conduziu e conduz a uma minuciosa medicalização dos corpos, cuja função normatizante define os limites do normal e anormal. Bezerra Junior (ano) afirma que quando precisamos definir conceitualmente a fronteira entre o normal e o patológico, imediatamente temos de lidar com toda a complexidade do tema. Isso implica em um deslocamento daquilo que é estritamente factual e objetivo para algo que gira em torno da experiência e da fruição da vida que está em jogo (que não se mede quantitativamente).

Referência fundamental, Georges Canguilhem (1982), autor de "O Normal e o Patológico" afirma que os padrões e dados objetivos mensuráveis, estatisticamente, são úteis na clínica para se considerar normal aspectos como (constantes fisiológicas), entretanto as normas da saúde ou da doença não podem ser retiradas dessa base de normalidade estatística. Para o autor, "(...) a transição entre um estado

e outro pode muito bem ser compatível com a heterogeneidade desses estados. A continuidade dos estágios intermediários não anula a diversidade dos extremos" (Canguilhem, 1982, p. 3). Partindo disso, o entendimento é que "as normas patológicas e as saudáveis são normas de vida, contudo qualitativamente as patológicas são inferiores às saudáveis" (Bezerra Junior, 2006, p.96). Para o autor, a patologia não implica somente alteração no funcionamento do organismo, mas sobretudo, uma reestruturação do mundo vivido e o surgimento de um outro modo de vida.

Retomando outros autores que se debruçaram sobre a medicalização, Talcott Parsons (1951) aborda o papel social do doente, postulando que doença deve ser tomada como um desvio das normas sociais, tendo como base uma visão funcionalista. Para o autor, as expectativas de uma sociedade produtivista são: trabalhar, ir à escola, cuidar da casa e se envolver em atividades sociais que dão a cada indivíduo sua função social. De modo que se a pessoa está no papel social de doente, tem que reconhecer que estar doente é indesejável – tendo o dever de se empenhar em sua recuperação, se obrigando a buscar ajuda tecnicamente competente (médico ou profissional da saúde). Portanto, na visão de Parsons, estar doente é uma construção social, a qual inclui percepções subjetivas e interações com o meio ambiente social. Freitas e Amarante (2015, citando o autor), assinalam que produzir "doentes" e construir seu papel na sociedade são mecanismos fundamentais para a reprodução econômica e política do sistema, uma vez que, gera lucros e garante poderes aos profissionais de saúde e a outros agentes político-econômicos.

Zola (1972) em sua obra *Medicine as an Institution of Social Control*, concebe o fenômeno como um processo que se relaciona diretamente a um potencial intrínseco à medicina, mas também ao desejo da sociedade de utilizar esse potencial, ou seja, a medicalização da sociedade refere-se tanto ao poder médico quanto ao desejo entre indivíduos e grupos, de que a medicina faça uso de seu poder. Para o autor o que antes era atribuição da religião e da lei, passa a ser função da medicina, a qual vai se constituindo como "novo repositório da verdade, e tomando para si o lugar de avaliador moral, a partir da posição supostamente neutra e objetiva da ciência" (Zorzanelli et al, 2014, p. 1862, citado por Zola, 1972).

Peter Conrad, por sua vez, em seu texto intitulado *Medicalization and social control* (1992), aponta que a medicalização se constitui como um processo no qual, um comportamento é definido como problema ou doença e, por consequência,

legítima a profissão médica a realizar algum tipo de intervenção e de tratamento. O conceito de medicalização para Conrad (1992) refere-se, portanto, à descrição de um processo em que problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos, ou seja, produzindo um “deslocamento de comportamentos outrora não pertinentes ao campo de intervenção médica para essa jurisdição” (Zorzaneli *et al.* 2014, p. 1860).

Destarte, Conrad (1992) propõe uma crítica da medicalização partindo do entendimento de que o modelo médico descontextualiza problemas sociais e os coloca paralelamente sob o controle médico, produzindo uma individualização de problemas sociais e coletivos. Noutro trabalho, Conrad e Barker (2011) salientam “não só a doença, mas também a experiência de uma doença é construída socialmente”, isto é, para os autores é necessário considerar a dimensão social, pois à medida que não ocorre, o reducionismo biológico e a normatividade dos diagnósticos tomam o lugar de controle sobre a vida. Neste sentido, apontam que há três tipos de controle social exercidos pela medicina: o da tecnologia médica, o da colaboração médica e o da ideologia médica, que atuam em íntima complementariedade (Conrad, 1979 citado por Silva e Canavêz, 2017). A tecnologia médica envolve a produção e comercialização de medicamentos para as mais diversas queixas (desvios comportamentais na infância, por exemplo), sendo o tipo mais comum de controle social; a colaboração médica que diz respeito às parcerias entre o saber médico e outros saberes/poderes, como a pedagogia e a justiça; e, por fim, a ideologia médica que tem relação com a definição de um comportamento enquanto doença, os benefícios sociais e ideológicos que se pode obter.

A medicalização se configura como um processo irregular e sociocultural, o qual envolve a profissão médica ou não, do mesmo modo que pode ou não conduzir a um controle social ou a um tratamento médico (Conrad, 1992). Chama-nos a atenção que para o autor, o processo de medicalização permite por meio da dinâmica sociocultural que um comportamento seja visto como doença após uma intervenção social/médica, mas também abre a possibilidade de uma reversão de algo que já foi, em algum momento, definido em termos médicos, ou seja, uma espécie de desmedicalização. Entretanto, “a desmedicalização só é alcançada usualmente depois de algum movimento organizado que desafie o controle e definições médicas” (Conrad, 1992, p.224).

Em relação à compreensão macrosociológica de Ivan Illich (1975), crítico radical da sociedade industrial, mas sobretudo das tecnologias médicas, a medicalização é concebida como aquilo que produz a perda da autonomia das pessoas, tornando-as dependentes do saber de especialista. A mercê da necessidade da intervenção profissional para os cuidados em saúde, as pessoas acabavam por consumir intensivamente a medicina moderna. Noutras palavras, seu entendimento é de que a empresa médica aliena o homem no cuidado referente à saúde e o corpo, ocupando o lugar de privilegiada deste cuidado. Ademais, o processo de expansão do saber e poder da medicina sobre a sociedade constitui-se uma ameaça à saúde, tendo em vista a alienação e o impedimento, através do seu monopólio médico, que o conhecimento fosse compartilhado (Illich, 1975).

Ressaltamos que os efeitos deletérios da medicina para a saúde do homem, são classificados por Illich, em três tipos: iatrogênese clínica, iatrogênese social e iatrogênese estrutural. A primeira, ocorre em função dos resultados maléficos dos tratamentos médicos, que na sua visão são dispendiosos e com benefícios questionáveis; a segunda se relaciona aos efeitos da relação entre a medicina e a sociedade, na qual a noção de doença e de saúde é transformada pela racionalidade médica, e por conseguinte, constituindo-se por uma concepção dominada pela ciência; e, por último, a terceira é ligada à demanda oriunda da população que, aceita de modo servil, o intermédio imprescindível da medicina nas terapêuticas para a sua saúde (Illich, 1975). Importante assinalarmos que, na concepção do autor, através de uma análise da produção da cultura medicalizada em uma dimensão social e política, a medicalização trata-se de um fenômeno que resulta de certa externalidade do poder e sujeição dos indivíduos. Pande (2016) aponta que “o fundamental à crítica da medicalização, para Illich, é o seu caráter de controle social, a partir de uma relação vertical, em que um poder opressor gera a dependência dos indivíduos” (p.18). Tempos mais tarde, o autor se aproximou da compreensão de Conrad, de que a medicalização é um processo sociocultural que ultrapassa as fronteiras da medicina (Silva & Canavêz, 2017).

Outra perspectiva de leitura acerca da medicalização é de Clarke et al (2003), que debatem o conceito de biomedicalização. Conforme Zorzaneli *et al.* (2014), a partir de meados da década de 1980, as mudanças tecnocientíficas, organização e práticas da biomedicina que atravessam as vidas das pessoas, fizeram emergir transformações na esfera da produção de conhecimento biomédico, no manejo de

informação, distribuição e consumo, assim como na esfera dos níveis de identidades individual e coletivamente. Neste cenário, surge a biomedicalização “compreendida por uma nova economia biopolítica da medicina, saúde e doença, por mudanças nas formas de viver e de morrer, pela formação de uma arena complexa na qual os conhecimentos biomédicos, serviços e tecnologias são cada vez mais intrincados” (Zorzanelli *et al.*, 2014, p. 1864) bem como, “por um novo e cada vez mais acirrado foco na otimização e no aperfeiçoamento individual por meios tecnocientíficos e na elaboração do risco e da vigilância no nível individual e populacional” (p.1864).

Para Zorzanelli *et al* (2014), essas transformações têm relação com a constituição do cidadão biológico, o qual “define sua cidadania em termos de direitos e deveres em relação a características corporais, saúde e cura” (p.1864). De modo, que Clarke *et al.* (2000) apontam que com “a expansão crescente da biomedicina à vida cotidiana, torna-se cada vez mais necessário aos leigos aprender a conhecer e a utilizar esses discursos” (Clarke *et al.*, 2000, p. 23): Assim, os indivíduos passam do estatuto de doentes leigos passivos a de consumidores ativos, por exemplo, reivindicando a legitimidade do estatuto nosológico, ou ainda, a transformação de um cidadão comum em uma nova espécie de profissional da saúde. “Este sujeito reivindica o conhecimento sobre sua doença e, ao mesmo tempo, é obrigado a informar-se sobre susceptibilidades e predisposições e a tomar as medidas adequadas em nome da minimização da doença e da maximização da saúde” (Zorzanelli *et al* 2014, p.1864).

Costa (2014, p.1027) sustenta que “à complexidade cultural fez com que o diagnóstico psiquiátrico, antes predominantemente excludente, agora fosse reapropriado de forma a beneficiar os sujeitos anteriormente prejudicados com a rotulação estigmatizante” (p.1027). Para o autor os “diagnósticos de teor biologizante, cerebralizante ou neurologizante passaram a ser instrumentalizados de maneira positiva” (Costa, 2014, p.1027). O autor ressalta que o “uso de termos psiquiátricos como atributos para a construção de identidades pessoais é uma faca de dois gumes” (p.1028), pois se por um lado remete a uma maior aceitação do convívio com a diversidade humana, por outro pode indicar que a lupa no indivíduo pode fazer-nos ficar cegos em face a “nova” ordem social (silenciar as dores da existência através de pílulas, por exemplo).

Como o escopo o trabalho volta o olhar para o campo da medicalização da infância, fazemos um convite para um rápido sobrevoo pela história da Psiquiatria

Infantil. Situamos o sofrimento psíquico como uma construção histórica e social e, por fim, não menos importante, nos posicionamos na contramão da ideia universal e normativa de infância imposta na sociedade. Compreendemos que o modo como a criança age, se comporta e brinca tem relação direta com a sociedade na qual está inserida e que dela faz parte (Rego, 1995) e por consequência, a subjetividade representa diferentes condições históricas, políticas e culturais que permeiam o desenvolvimento social da infância – das infâncias. Em consonância com a perspectiva construcionista, reafirmamos que a intenção da investigação construcionista é “identificar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas mesmas”, ou seja, buscamos a compreensão das ações e das práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), bem como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (Spink & Medrado, 2000)

A Medicalização Do Sofrimento Psíquico De Crianças: Querela Ou Panaceia?

Temos a pretensão de nos debruçar sobre o tema da medicalização das infâncias e inevitavelmente, não temos como desconsiderar seu entrelaçamento como os saberes e práticas psis, (psicológicos, psiquiátricos, psicofarmacológicos, dentre outros) assim como as modernas verdades científicas (por exemplo, o DSM ou a CID). Nesse sentido, é importante compreendermos como se constituiu a psiquiatria infantil, historicamente, e como a tradição médica que se manifesta nos tratados de psiquiatria e de psicopatologia médica na contemporaneidade – que tem como premissas descrever e classificar, de forma minuciosa e sistemática “as doenças mentais” – se apresentam no cenário das infâncias. Portanto, estamos nos referindo a um campo psi inspirado pelos processos de biologização e patologização da vida. Foucault (1997) aborda o nascimento da psiquiatria clássica e das práticas médicas de intervenção sobre o sofrimento psíquico (ou sobre a loucura, concebida aqui como condição de existência) como evento histórico, político, social e cultural. Willrich (2009) aponta que os valores sociais vigentes em cada época associados aos micropoderes que se estabeleceram, constituíram um lugar social para a loucura.

No caso da infância ao invés da loucura, o saber psiquiátrico recaiu sobre a deficiência mental (idiotia, imbecilidade, denominadas assim na época) e também física (associadas a limitações mentais, associadas a alienação mental. Esquirol

(1772-1840) citado por Pande (2016) argumenta que “a infância está ao abrigo da loucura, a menos que de nascença a criança guarde qualquer vício de conformação, ou que as convulsões a levem à imbecilidade ou à idiotia”. Isso nos remete ao que Foucault (2001) assinala, “a infância foi o princípio da generalização da psiquiatria; a infância foi, na psiquiatria como em outros domínios, a armadilha de pegar adultos” (386-7).

Conforme Kupfer (1997), a história da Psiquiatria Infantil revela dois aspectos interessantes: primeiro que o seu surgimento como uma Psiquiatria Pedagógica com o seu furor educandi, pelas mãos do médico que a inaugurou, Jean Itard, no início do século XIX. Para a autora, neste contexto a Psicopatologia Geral da Infância nasce de modo absolutamente solidário a um ideal educativo, e, portanto, normativo; no que diz respeito ao segundo aspecto, a autora apresenta um questionamento referente à escassez de informações sobre psicopatologia infantil anteriores ao século XIX, salientando que embora tenham referências à deficiência mental, chamada de idiotia, vinculam-se às referências gerais, as quais incluíam as pessoas adultas.

Nesse sentido, Kamers (2013) aponta que “a psiquiatria infantil se constituiu como campo e lócus privilegiado de busca da etiologia da loucura do adulto na criança a partir da publicação dos primeiros tratados de psiquiatria na segunda metade do século XIX” (p.160). Segundo a autora, a clínica com crianças deu início por meio de uma reflexão sobre a deficiência mental, primordialmente, quando surgiram as primeiras instituições na Europa, dedicadas a atender esta demanda social, sendo os precursores médicos-pedagogos ou reeducadores das insuficiências sensoriais e intelectuais, vinculados ao campo da educação especial, sob um viés do tratamento moral.

Para a autora a psiquiatria infantil tem as suas raízes nas experiências pedagógicas realizadas com pessoas com deficiências mentais e sensoriais, sendo que a deficiência foi tomada como um problema a ser tratado pelo médico, “a quem caberia alterar hábitos através de uma ortopedia mental ou ortofrenia” (Kamers, 2013. p.158). Partindo disso, a clínica com a criança se estabeleceu nos anos de 1930, marcada fortemente pelo processo de moralização promovido, a partir da Modernidade, pelos reformadores da Igreja e do Estado, os quais instituíram a educação da criança como dispositivo de inclusão/exclusão da criança na vida societária, sendo a família e a escola lócus privilegiado de vigilância da criança (Kamers, 2013).

Couto (2004) ressalta que a noção de deficiência que perpassou grande parte da assistência oferecida a crianças e adolescentes, determinou a montagem de dispositivos mais pedagógicos que clínicos. Essa preocupação com a infância repercutiu na origem dos primeiros centros de reeducação para os delinquentes juvenis (termo da época), sendo também construídas as primeiras instituições para crianças em perigo moral, ou seja, para aquelas que o Estado entendia que a família não dava conta de educar, os reformatórios e educandários (Kamers, 2013).

Historicamente “a medicina foi convocada a reeducar terapeuticamente a família e a responder sobre o mal-estar na infância” (Kamers, 2013, p.160) e a clínica, “em nome do bem-estar da criança” acabou sendo tomada como um terceiro social, representado pelos especialistas, os quais poderiam prescrever como se deve educar a criança (Kamers, 2006 citado por Kamers, 2013). Guarido (2007) afirma que desde o século XIX, a Psiquiatria ocupou-se de controlar comportamentos que ameaçam a ordem social através da medicalização das condutas, sofrimentos e desvios. Ressalta que a psiquiatria clássica, de forma geral, estava às voltas com fenômenos psíquicos não codificáveis em termos do funcionamento orgânico, mas guardava algum espaço à dimensão enigmática da subjetividade, até porque o DSM I e II se pautou na psicodinâmica e na psicanálise. Já na contemporaneidade, para a autora, a psiquiatria tem promovido “uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso dos remédios” (Guarido, 2007, p.154).

Segundo Guarido (2007) na atualidade, “estamos convivendo com sofrimentos codificados em termos de uma nomeação própria do discurso médico” (p. 154) os quais se socializam de forma ampla e ordenam a relação do indivíduo com sua subjetividade e seus sofrimentos. Nas palavras de Guarido (2010, p. 29):

“Levando em conta as crianças, tem se produzido, atualmente, uma multiplicidade de diagnósticos psicopatológicos e de terapêuticas que tendem a simplificar as determinações dos sofrimentos ocorridos na infância. O que reconhecemos como resultado desse tipo de prática é que um número cada vez maior de crianças em idade cada vez mais precoce é medicado de forma a sanar os sintomas das crianças, sem considerar o contexto no qual se apresentam” (Guarido, 2010, p. 29).

Lima (2020) assinala que o Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM – APA) e a Classificação Internacional de Doenças (CID – OMS), desde a sua

origem, têm o objetivo declarado de estabelecer uma nomenclatura psiquiátrica uniforme, cuja linguagem seja comum a pesquisadores e clínicos, por meio de sistema de classificatório que prescindir de qualquer apriorismo teórico, necessitando unicamente da observação direta dos fenômenos em questão, porém pretendendo apenas ser descritiva e objetiva, acaba por ser “ateórica em relação à etiologia e ao processo patofisiológico” (Lima, 2020, p.55). Segundo o autor, até o DSM II de 1968 e a CID 9 de 1977 se localizam as primeiras pontuações sobre transtornos mentais de crianças, que vão se ampliando com o passar do tempo e à medida que novas edições são publicadas. Com isso, os transtornos da faixa etária infantojuvenil se multiplicaram em número e ganharam mais espaço, sobretudo com a publicação do DSM-V e da CID 11, “armadilha nosológica- ao enxergar um transtorno mental em qualquer desvio de comportamento, pensamento ou emoções” (Lima, 2020, p.55). Para ele, “essa é a face mais visível dos processos descritos como medicalização, psiquiatrização, patologização e farmacologização” (p. 56). Ademais, acrescenta que “há uma via de mão dupla entre as categorias psiquiátricas e os contextos históricos nas quais elas são engendradas” (Lima, 2020, p.56) – portanto, DSM e CID podem ser compreendidos como “objetos culturais” haja vista que refletem os valores, percepções e ideais do mundo no qual são forjados.

A nosso ver, no cenário atual há uma supervalorização de determinados diagnósticos, ou seja, uma necessidade de categorizar e normatizar comportamentos e emoções de crianças, que têm se sobressaído com a publicação de manuais psiquiátricos como o DSM. O objetivo desses manuais parece ser transformar comportamentos e/ou acontecimentos, muitas vezes, passageiros ou transitórios, constituídos por uma multiplicidade de fatores em sintomas psicopatológicos/diagnósticos psiquiátricos na infância (Silva *et al.*, 2018). Esse modo de olhar para o sofrimento psíquico, em que há uma relação biunívoca direta e imediata entre mal-estar e seu apaziguamento pela medicação, tende a eliminar o sujeito, seu contexto histórico e seu saber-fazer sobre aquilo que o adocece.

Como afirma Couto (2004), a criança constitui uma ordem própria de existência e com a sua dimensão subjetiva encontra formas singulares e, portanto, “legítimas de lidar com seu mal-estar e suas angústias” (p.4). Com base neste entendimento, como são os modos de cuidar/tratar de crianças em sofrimento psíquico, nos dias atuais? E principalmente, como vem sendo o olhar sobre a criança atendida no CAPSi?

A medicalização como intervenção política da medicina no corpo social ocorre através do estabelecimento de normas morais de conduta (prescrição e proscricção de comportamentos), tornando os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos (Guadenzi & Ortega, 2012). Neste sentido, Caliman (2016) pontua que como os saberes e as práticas psi outorgam para si o poder de dizer e intervir sobre os nossos modos de agir e de sentir, a psiquiatrização e a psicoapologização incide diretamente na nossa capacidade coletiva de reformulação e invenção da vida, e por consequência, buscamos sufocá-la, diminuí-la e dominá-la. No caso das crianças, como afirma Pande (2016), a medicalização pode estar vinculada em ideais estéticos “sejam de performance, de felicidade, de adequação ao meio” (p.149) e que “a demanda por tratamento está situada em determinadas concepções e ideais do que se deve ser, padrões e referência do que se pode construir” (p. 149).

Caponi *et al.* (2020) trazem um aspecto que deve ser levado em conta, a associação da multiplicação de novos diagnósticos de transtornos mentais em crianças à disseminação entre o que se considera “normalidade” e o que se define como patologias psíquicas no campo da infância. Os autores destacam que há uma hegemonia no imaginário social do que deve ser definido como “criança normal”, capturado pelas indústrias farmacêuticas as quais fazer investimentos milionários em doenças mentais e distúrbios neurológicos. Ademais, a infância é tomada como um tempo particular da constituição humana, que demanda preparo e prevenção a fim de se produzir indivíduos que façam parte do corpo social, mas sobretudo, que sejam capazes para o trabalho e saudáveis. Ainda para Caponi *et al.* (2020), cada vez mais, há espaço para o diagnóstico precoce e esse está a serviço de mostrar que é possível prever descaminhos considerados nocivos para aquilo que se define como desenvolvimento normal de uma criança. Noutras palavras, criam-se meios para evitar tanto a cronicidade de patologias psíquicas como a emergência, na vida adulta, de conflitos disruptivos da ordem social.

Caponi (2016) afirma que estes discursos de verdade têm consequências trágicas, pois o sofrimento da criança pode deixar de ser a referência central, passando a ter relevância para o diagnóstico, os efeitos que provoca no funcionamento da escola ou da família. A partir desses discursos, se legitimam estratégias de poder que podem determinar, decisões sobre normalidade e

patologias, sobre terapêuticas farmacológicas, decisões sobre a vida e o futuro das crianças classificadas em categorias diagnósticas.

Entendemos que essa lente com que se olha para fenômenos tão complexos, de modo simplista e reducionista, acaba por gerar também o apagamento de fatores e conflitos sociais. O que escapa às normas e regras desejáveis na sociedade (por exemplo, a falta de atenção e a agitação em sala de aula) acaba sendo travestida de questões médicas a serem investigadas, ou ainda, quando a ênfase é na dimensão biológica do sujeito e os aspectos psicológicos e sociais são preteridos, notadamente ocorre o processo de medicalização (Silva *et al.*, 2018). Numa sociedade complexa e plural como a nossa, em que há a uma massificada produção de diagnósticos, de prescrição de remédios e outras terapêuticas que simplificam os sofrimentos ocorridos, inclusive os ocorridos na infância, demonstra a necessidade de transformação e permanente tensionamento para a construção de novas modalidades de cuidado de crianças em sofrimento.

Considerando que na atuação no CAPSi, os (as) profissionais têm a tarefa de construir uma clínica que supere os saberes e as práticas da psiquiatria tradicional, de incorporar o contexto das crianças e de secundarizar o diagnóstico (colocando a doença entre parêntese), como lidam no cotidiano com as demandas de crianças que chegam, muitas vezes, sob essa marca do comportamento desviante, do que escapa às normas?

No caso da psiquiatrização do discurso escolar que a produção da queixa escolar e o sofrimento psíquico ficam reduzidos ao corpo orgânico e a medicalização aparece como a panaceia, podendo produzir consequências devastadoras para a existência de uma criança (Kamers, 2013). Para ilustrar essa problematização, é como se quando uma criança tem diagnóstico de TDAH, considerado problema orgânico, assim que se diagnostica encontra-se no metilfenidato a fórmula mágica. Um dos nomes comerciais para o princípio ativo se chama Concerta (se fizermos uma leitura nos atendo ao sentido polissêmico do termo, percebemos que há uma tentativa de concerto para aquilo que está fora da norma, uma correção para o que está com “defeito”, remeter o sintoma). “Uma existência normalizada, entretanto (grifo meu), reduz a multiplicidade de condutas e de estar no mundo a critérios biológicos e externalistas, como a performance e a aparência” (Caliman, 2016, p.48).

De algum modo, a categorização diagnóstica e a intervenção por meio de medicamentos tornaram-se as principais respostas frente o sofrimento psíquico (o

boom do TDAH, TEA, TDO, etc., talvez explica isso). Considerando que este processo pode desencadear diversas práticas de cuidado baseadas em intervenções a partir de uma racionalidade organicista e de prescrição farmacológica, como forma primordial de cuidado, questionamos quais os efeitos dessa difusão e incorporação de siglas, as quais remetem crianças e adolescentes a uma classificação identificatória, impondo um diagnóstico a partir de um conjunto de sinais e comportamentos? Como a trajetória das práticas de cuidados vem sendo construída e qual a importância de ser repensada? Qual é o paradigma de cuidado (biomédico ou psicossocial) ofertado às crianças em sofrimento psíquico por profissionais de saúde? Quais são os repertórios interpretativos mobilizados pelos profissionais de saúde ao produzir sentidos referentes ao sofrimento psíquico de crianças? Quais são as disputas de sentidos na literatura e no campo acerca do fenômeno “medicalização do sofrimento psíquico na infância”? E, quais são os efeitos das relações de saber-poder e jogos de posicionamento frente a medicalização da infância?

É relevante assinalarmos que a pesquisa tem dialogado com autores que demarcam um aspecto importante acerca da(s) infância(s), que diz respeito ao seu caráter múltiplo, visto que este importante momento da vida do sujeito tem uma diversidade significativa marcada, sobretudo, pelas condições sociais e processos culturais (classe social, etnia, raça, regionalização, etc.) (Ferreira, 2015; Caponi, 2016; Caliman, 2016; Azevedo, 2019). Levar em consideração aspectos sociais, culturais e históricos faz-se necessário para entendermos como, na contemporaneidade, a infância tem se transformado em um tempo de vida a ser gerido sob inúmeras expectativas e demandas, que têm produzido sofrimento psíquico tanto para a criança quanto para os seus responsáveis (pais/mães/cuidadores), bem como demandado respostas capazes de eliminar radicalmente essa manifestação subjetiva, por parte da criança (Azevedo, 2019).

Entendemos que a medicalização do sofrimento psíquico através do crivo do discurso psiquiátrico produz efeitos na vida da criança em todos os âmbitos (individual, familiar, escolar e comunitário). Outrossim, a cientificização dos discursos sobre a criança na escola contribui não somente para a construção de um discurso pedagógico normalizador, mas também valida um saber sobre a criança no campo de outras especialidades: psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, neuropediatria, psiquiatria etc. Não é à toa que os encaminhamentos para especialistas feitos pela escola e a psicologização do ensino têm sido bastante discutidos (Guarido, 2010).

Desta forma, compreender ações patologizantes nas práticas de cuidado do sofrimento psíquico na infância nos convoca a pensar que na contemporaneidade, tem acontecido uma abordagem unidimensional para um fenômeno que é complexo. Portanto, por considerar que diversas questões humanas, relacionais e sociais vêm recebendo interferências do modelo biomédico e positivista, processo que se inicia com a medicina, e que, por conseguinte, reverbera em outros campos científicos dela derivados, como psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia (Moysés e Collares, 2010), numa perspectiva de investigação reflexiva e crítica das práticas sociais e da produção de conhecimento, entendemos que é necessário e urgente um olhar para a infância. Infância essa marcada fortemente pelo saber-poder expresso na medicalização da vida de crianças, biologização da existência, dessubjetivação e enfraquecimento da singularidade destes sujeitos, tornando-a objeto de práticas de disciplinarização e de controle.

Em decorrência disso, caminharemos em direção à política de atenção à saúde mental de crianças- clínica psicossocial- alinhada com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e com o SUS, os quais orientam que a lógica deve operar na legitimação do sofrimento da criança, olhando para ela e para o seu contexto em que está inserida. Observamos no que foi abordado até agora nos ajuda a entender que talvez haja uma transição de paradigmas de cuidado, do biomédico e tradicional ao psicossocial. Compreender essa trajetória parece ser necessária, antes de analisar as práticas discursivas de profissionais do CAPSi, sobre a medicalização do sofrimento psíquico na infância.

Perspectiva Histórica: A Trajetória do Cuidado e Tratamento Do Sofrimento Psíquico De Crianças No Brasil

Localizar historicamente a trajetória do cuidado e tratamento ofertado às crianças que manifestam sofrimento psíquico (angústias, medos, conflitos intensos, agitação psicomotora, problemas de aprendizagem e impasses no laço com o outro), implica em reconhecer dois aspectos: primeiro, o estado brasileiro tem a sua trajetória marcada pelo ingresso tardio da infância em sua agenda de saúde mental; segundo, o Brasil possui longa tradição de internação de crianças e adolescentes em instituições de caráter asilar, por consequência, ainda hoje há a presença da cultura de institucionalização nos discursos e práticas no campo da saúde mental infantojuvenil (Costa, 1989; Rizzini, 2005; Rizzini & Gondra, 2012; Couto & Delgado, 2015; Delfini *et al.*, 2016; Pande, 2016; Bustamante & Onocko-Campos, 2020).

Rizzini e Gondra (2012) assinalam que em nosso país, a infância emerge como um problema social (problema de Estado) atravessado pelo ideário da introdução de preceitos higienistas: internar e educar. As autoras afirmam que nas últimas décadas do século XIX e início do XX, os discursos referentes à disciplina, educação e o cuidado com as infâncias ganharam evidências “compondo uma espécie de tecido discursivo que procurava articular saberes médico-higiênicos, jurídicos, pedagógicos, da assistência social, filantropia e dos sistemas jurídico-policiais” (Rizzini & Gondra, 2012, p. 578). É neste cenário que o Código Mello Mattos, de 1927 – popularmente conhecido como o Código de Menores – foi promulgado trazendo no seu bojo a consolidação das leis de assistência e proteção “a menores de 18 anos abandonados, viciosos ou delinquentes”, conforme o artigo 26. Destacamos, portanto, que houve um movimento maior endereçado à “disciplina e educação das crianças classificadas como vadias, vagabundas, culpadas, viciosas, delinquentes/ criminosas, órfãs, abandonadas e desvalidas” (p.578), ou seja, o código de menores compreendia que a situação de pobreza gerava crianças abandonadas e jovens delinquentes, o que por conseguinte, fez com que crianças pobres passassem a ser denominadas menores, subdivididas em: as crianças abandonadas, aquelas que não tinham pais; moralmente abandonadas, aquelas oriundas de famílias sem condições financeiras e/ou morais; e as delinquentes, aquelas que praticavam atos “criminosos” ou contravenções (Couto & Delgado, 2015).

Rizzini e Gondra (2012) a este respeito salientam que essa teia discursiva produziu efeitos, os quais “se fazem sentir no processo histórico de atualização de representações que demarcam uma clivagem entre os chamados menores (sujeitos que a qualquer momento podem ser submetidos a dispositivos de controle da polícia e da justiça) e as crianças (sujeitos submetidos aos registros da prevenção por meio das políticas educacionais e/ou assistenciais” (p.578). Partindo deste entendimento, percebemos que os discursos e práticas vivenciadas no âmbito da saúde mental infantil são marcadas por uma matriz controladora, disciplinadora, padronizadora e normalizadora dos corpos infantis (Couto & Delgado, 2015; Fernandes, Matsukura, Sebold & Cid, 2020).

Portanto, no início do século XX com a forte presença da questão educacional no cenário brasileiro, um dos mecanismos estratégicos para a intervenção psiquiátrica sobre a criança se deu com a atuação dos médicos na assistência escolar, pelos serviços de higiene e saúde escolar. Atuação, cuja finalidade além de detectar possíveis distúrbios degenerativos, serviria também para classificar e separar as crianças conforme sua evolução psicológica individual (Schechtman/Brasil, 2005). Reconhecemos que parâmetros de normalidade, a judicialização da vida e criminalização da pobreza têm íntima relação com o objeto de nossa pesquisa, a medicalização de crianças em sofrimento psíquico.

Podemos problematizar, nesse sentido, que o fenômeno da medicalização se ancora, em alguma medida, ao discurso político da época, que tinha como modelo garantir a assistência e a proteção por meio da escolarização mediada pela lógica da educação integral, bem como se tornar um problema para o campo médico. A partir desse processo houve uma ampliação do quantitativo de instituições de caráter filantrópico que, tinham a função de ofertar assistência referente à saúde, à vida e à educação. Com a proposta de assegurar o desenvolvimento físico e intelectual das crianças, vistas como principais instrumentos que garantiriam o êxito da nação, efetivamente estavam organizadas sob a primazia do controle – por meio da institucionalização, ou seja, da tutela do Estado (Couto & Delgado, 2015; Fernandes *et al.*, 2020).

Segundo Couto e Delgado (2015) e Fernandes *et al.*, (2020), os elementos que estruturaram este paradigma, são: uma representação social da criança, a de um menor; um marco jurídico específico, a doutrina da situação irregular; uma concepção de Estado, como ente com função tutelar e de controle; e uma proposta

de intervenção, a institucionalização nos reformatórios ou educandários, “nomeação por si mesma esclarecedora das finalidades das ações do Estado” (Couto & Delgado, 2015, p. 24.). As ações adotadas pelo Estado tinham caráter moralizante e de controle e se materializaram a partir do isolamento dos “desviantes”, da privação de liberdade, assim como da segregação de crianças, consideradas incapazes. Sendo que “no caso da infância pobre, a família ou sua ausência representava fonte de perigo” (Rizzini & Gondra, 2012 p. 569). Essa perspectiva de intervenção tutelar-corretiva recaiu sobre um grupo específico de crianças, sobretudo o menor, filho da pobreza (Couto & Delgado (2015). Como apontam os autores, essas crianças passaram a ser objeto de controle especial e consideradas dependentes da tutela do Estado para seu pleno desenvolvimento e adaptação social. Se, por um lado, com uma natureza pedagógico-corretiva, a agenda pública de assistência (vigiar, moldar, recuperar e reprimir) ao menor foi formulada, por outro lado, outras necessidades e demandas deste grupo social ficaram relegadas a um segundo plano.

Rizzini e Gondra(2008) apontam que se travou desse modo, um combate visando amenizar, retardar ou erradicar os riscos sobre aquilo em que a criança poderia se converter, quando se tornasse adulto. O caráter de prevenção social das medidas prescritas, ficava a cargo do modelo asilar que poderia cumprir tripla função: casa, oficina e escola (Souza, 2008 citado por Rizzini & Gondra, 2012). Sobre as instituições disciplinares (colégios, oficinas, hospitais), consideramos importante trazer Foucault (1987), que na sua obra Vigiar e Punir, em que nos adverte de que a disciplina “é uma anatomia política do detalhe”, a qual que envolve nas palavras do autor:

A minúcia dos regulamentos, o olhar esmiuçante das inspeções, o controle das mínimas parcelas da vida e do corpo darão em breve, no quadro da escola, do quartel, do hospital ou da oficina, um conteúdo laicizado, uma racionalidade econômica ou técnica a esse cálculo místico do ínfimo e do infinito (Foucault, 1987, p.167).

Portanto, para Foucault (1987), na sociedade disciplinar, instituições modernas - como a prisão, a escola, as oficinas e o hospital - passaram a ser o lócus do adestramento dos corpos com vistas a potencializar suas forças e aumentar sua eficiência, ou seja, o grande objetivo do poder disciplinar seria a docilização dos corpos (corpos dóceis para se ter corpos úteis), por meio de instrumentos como: “a vigilância hierárquica, que vigia; a sanção normalizadora, que normaliza; e o exame, que vigia e normaliza”.

Aqui no Brasil, a ascensão do poder médico, sob a égide do movimento higienista que tem caráter disciplinar, a educação passou a ser vista por determinados segmentos da sociedade como uma condição essencial para o país alcançar o progresso social e econômico (Souza & Boarini, 2008). Com ideais higienistas e eugenistas, em 1923 o Movimento de Higiene Mental (MHM), consolidado no Brasil através da criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), tomou para si a responsabilidade de interferir nas condições de vida que estariam contribuindo na formação de uma sociedade não tão desenvolvida como se esperava para o país, dentre elas: o alcoolismo, educação, infância, a imigração, a eugenia, a delinquência e a deficiências (físicas e mentais).

Conforme Beltrame e Boarini (2013), a atuação do MHM se empenhou em realizar campanhas e projetos “que visavam a solucionar os seus problemas sociais, preparando o futuro homem e, em consequência, uma nova pátria por meio de ações direcionadas à higiene física e mental da população, em especial do público infantil” (p.338). Partindo disso, com o objetivo de prevenir o aparecimento de qualquer distúrbio físico, psíquico ou mental considerado inferiorizadores do povo, “a escola passa a ser considerada espaço estratégico para a divulgação e a prática da higiene mental e deveria estar orientada para defender a sociedade das patologias, da pobreza e do vício que se alastravam pelo país” (Souza & Boarini, 2008, p. 274). Importante salientar que em 1942, a Liga proclamava o seguinte: “A educação de uma criança deve sempre ser feita de um modo científico, e a família deverá sempre recorrer ao seu médico para que a oriente” (Brasil, 2005, p.28).

Conforme Souza e Boarini (2008), a concepção de deficiência mental adotada pelos higienistas relacionava-se a uma variedade de terminologias, tais como: “idiotia, fraqueza de espírito, imbecilidade, alienados, debilidade mental, déficit mental, retardamento, anormalidade, desvio, doença, etc.” (p.288). Com o ideário difundido pela LBHM, baseado na noção de prevenção eugênica e no arcabouço de conhecimentos científicos da psicometria¹¹ e da genética, que entendiam que fatores intrínsecos aos indivíduos, tais como as características constitucionais físicas e psíquicas determinadas pela herança genética, seriam determinantes para a

¹¹ A Psicometria é um campo científico da Psicologia, que busca construir e aplicar instrumentos para mensuração de constructos e variáveis de ordem psicológica, aliada à métodos de análise estatística, principalmente a partir do refinamento matemático da análise fatorial, da modelagem de equações estruturais e da Teoria de Resposta ao Item, além de outras técnicas multivariadas, pelas quais são possíveis mensurar e analisar a estrutura de constructos psicológicos, ou mais precisamente processos mentais (Pasquali, 2009).

institucionalização de um enorme contingente de crianças, em abrigos especiais (Souza & Boarini, 2008; Rizzini & Gondra, 2012; Couto & Delgado, 2015; Fernandes et al, 2020).

A temática da deficiência mental também foi associada à questão da criminalidade e da marginalidade, e para a realização da profilaxia da delinquência, a criação de clínicas de neuropsiquiatria infantil e clínicas de hábitos foram propostas (Souza & Boarini, 2008). “O movimento afirmava que, sem restrição, todos os indivíduos com males hereditários, precisavam da melhor e mais ampla higiene e que certamente melhor seria se não nascessem tais indivíduos, era o que queria a eugenia” (Souza & Boarini, 2008, p.278). Imbuídos do argumento de fortalecer as funções afetivas, mentais e morais do indivíduo, bem como combater as causas determinantes das perturbações psíquicas, medidas eugênicas destinadas aos deficientes mentais, que se denominavam profiláticas, tinham como foco a redução e até a eliminação, gradual, “dos subnormais e anormais”, impedindo a reprodução de indivíduos que apresentassem “taras” nervosas e psíquicas (Kehl, 1932, p. 9 citado por Souza & Boarini, 2008).

Podemos dizer que este preventivismo, marcado por uma formatação de uma medicina que teria por função a higiene e a saúde públicas, representou um projeto de medicalização da ordem social além de um discurso capaz de unificar a medicina, direito, a psicologia e educação através das mesmas regras subjacentes se aplicando à formação dos respectivos objetos do saber. De alguma forma, uma atualização e uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que nos remetem aos conceitos de biopoder e biopolítica (Foucault, 1994).

Segundo Vásquez-Valencia (2016), a consolidação da higiene mental pode ser relacionada à psiquiatrização, psicologização e medicalização da infância, pois a partir dos seus poderes e saberes, a criança passou a ser o alvo de um tipo de intervenção interessada na detecção precoce de comportamentos indesejados que impedissem a adaptação à vida adulta, colocando assim, os afetos, o desenvolvimento da personalidade, o comportamento e a adaptação ou ajustamento social no centro das discussões.

No começo do século XX se esboçaram disciplinas mais específicas para a infância, tanto no campo da psiquiatria, como no campo da pediatria (Pande, 2016). Segundo Pande(2016), a psiquiatria infantil foi atravessada por concepções da psicologia da gestalt, da psicologia do desenvolvimento, do condicionamento clássico

de Pavlov. A pediatria, por sua vez, por concepções da pediatria social e da sistematização das práticas de puericultura. Para a autora, o fortalecimento destas práticas ocorreu ao mesmo tempo que a psicanálise, a psicologia do desenvolvimento, a psicossomática e a psicometria, entre outros campos do saber se estabeleceram como importantes áreas. Importante salientar que nesse contexto histórico, “a psicologia científica, com suas medições específicas (mensuração das aptidões, diferenças individuais), permitiu identificar possíveis anormais nas classes escolares regulares” (Pande, 2016, p.51).

O fato é que “a construção de um complexo aparato médico-jurídico avalizou essa leitura dos problemas, legitimou a direção da assistência às crianças” (Couto & Delgado, 2015, p. 25) propiciou ao Estado a tutela e a autorização para usar os meios que dispunha para desenvolver essa assistência (Fernandes *et al.*, 2020). Essas instituições, com uma forte tradição médico-pedagógico “voltadas para as crianças-problema” (Pande, 2016, p.55), dominaram o campo da infância no decorrer do século XX no Brasil. Nesse sentido, Pande (2016) assinala que a base de atendimento à saúde mental infantil no Brasil está atrelada a uma concepção de saúde fortemente calcada na pedagogia e em noções oriundas da psiquiatria e neurologia. Ademais, as bases teórico-conceituais que sustentam e fundamentam esse tipo de pensamento estão em franca convergência com a prática médica higienista e eugênica, cujo lema era a prevenção e o método educativo, por meio do desenvolvimento e validação de propostas interventivas calcadas no isolamento e na institucionalização de crianças, sobretudo, nos casos em que a prevenção não tinha sucesso (Pande, 2016). A construção de dispositivos higienistas de vigilância e controle sobre a família e preceitos sobre o cuidado com a criança (Kamers, 2013), e noutros casos, o encaminhamento e a indicação da permanência dessas crianças em instituições fechadas, especiais ou de reeducação, possuem convergência com o discurso jurídico e com a concepção de Estado como um ente tutelar, com função de controle e normalização de condutas. A infância, portanto, passou a ser tomada como objeto privilegiado de intervenção da psiquiatria infantil (Fernandes *et al.*, 2020), sustentado pelo paradigma de que esse grupo social necessitava seguir os parâmetros da moralidade estabelecidos, socialmente.

Cervo e Silva (2014) pontuam, que a infância, no decorrer da história, foi ocupando lugar na produção do saber e do poder psiquiátrico. E numa tentativa de encontrar a gênese da loucura do adulto na criança (Kamers, 2013), usou-se o

referencial nosológico das doenças psiquiátricas do adulto, como base teórica da psicopatologia infantojuvenil, denominada de adultomorfismo. Ou seja, uma lógica “adultomorfa” de nosologia (Kamers, 2013), em que as mesmas medidas do modelo de tratamento aplicado às pessoas adultas eram o referencial para a infância. “Em certa medida, o cérebro infantil passa a ser identificado e comparado ao cérebro do adulto, sendo, portanto, sujeito de sofrer os mesmos danos” (Pande, 2016, p. 51), não à toa emerge uma grande quantidade de serviços dedicados às ações de psiquiatria e psicologia voltadas para a infância.

De modo geral, nota-se que a higiene se pautou em um projeto de larga tradição, voltado para a escolarização (educação física, moral e intelectual, isto é, a chamada educação integral) orientado pela racionalidade médico-higiênica durante muito tempo. Conforme relatórios produzidos a partir da realização das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) até 7ª conferência no ano de 1980, é possível evidenciar um enfoque que? é dado aos diagnósticos, sendo caracterizado pela busca por evidências fisiológicas que o sustentassem, evidências comportamentais e fatores anátomo-fisiológicos, muitas vezes atrelados à saúde materna durante o processo gestacional (Cabral & Tinôco, 2016).

Conforme Cabral e Tinôco (2016), o domínio do saber médico sobre as práticas em saúde mental foi expressamente apresentado no texto da 7ª CNS, sendo qualquer outro saber (psicológico, sociológico, antropológico, filosófico etc.) repudiado, nas questões de resolução clínica em saúde mental. O documento apresenta os principais diagnósticos embasados na Classificação Internacional de Doenças (CID), edição de 1975, que identificava duas categorias nosológicas: a oligofrenia e as epilepsias, tradicionalmente destinadas à infância. Diagnósticos, estes, muitas vezes atrelados à saúde da mãe durante o processo gestacional, o que demandava ações de prevenção a transtornos mentais na infância relativamente associados à saúde da parturiente, da mãe e da família.

Quase um século após a promulgação do Código de Menores de 1927, suscitadas várias discussões e críticas, o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº8069/93 – foi sancionado. Nas palavras de Couto e Delgado (2015) “constituiu um projeto solidário e articulado ao Estado tutelar no controle das condutas consideradas desviantes em crianças e adolescentes” (Couto & Delgado, 2015, p.27). O ECA (1990) ao romper com a visão “menorista” preconiza que toda criança ou adolescente, independente da sua condição financeira, ética e social, é sujeito de

direito. Portanto, o sofrimento psíquico infantojuvenil passou a ser incluído na agenda de políticas públicas brasileiras, depois da promulgação do ECA em 1990, quando (no nível de legislação, pelo menos) ocorreu uma mudança radical ao tomar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, dentro da doutrina da proteção integral¹².

Teoricamente a política higienista-menorista que, através do complexo aparato médico-jurídicoassistencial, tinha como meta a proteção e prevenção marcadas pela vigilância da criança (educação, recuperação e repressão), foi substituída pelo ECA fazendo emergir a necessidade de se produzir novos saberes e práticas, e, por conseguinte, produzir novos modos de subjetivação. Todavia, entendemos que é fundamental questionar em que medida na atualidade, as formas de classificação diagnóstica estão articuladas a uma perspectiva macropolítica, que enxerga esse constructo como fator atravessado por condições econômicas, sociais, culturais e políticas? Em que medida o paradigma biomédico ¹³tem se atualizado nas práticas de cuidados e tratamentos ofertados às crianças? Como é a gramática, a discursividade que atravessa o cuidado e o tratamento de crianças que apresentam sofrimento psíquico?

Corroborando com estes questionamentos, o que Fernandes *et al.* (2020) afirmam sobre a existência de um hiato “entre os percursos de constituição da assistência no campo da saúde mental para o adulto e o de constituição para a infância e adolescência” (Fernandes *et al.* 2020, p.726), o que demanda conhecer, compreender e refletir acerca das construções teórico-práticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da infância emergir como o campo que tem o seu lugar na saúde mental.

Reforma Psiquiátrica: Um Novo Modelo De Cuidado Para As Crianças?

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) emergiu num cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, influenciada por movimentos reformistas

¹² Doutrina da Proteção Integral, é expressa no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal 8.069, promulgada a 13/07/1990 e consiste num conjunto de princípios e valores que concebem a criança e o adolescente como sujeitos especiais de direitos, por encontrarem-se em situação peculiar de desenvolvimento. Exigindo, a partir disso, um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais para promover esses direitos no contexto familiar, social, cultural, econômico e político da criança e do adolescente.

¹³ Segundo Costa-Rosa (2000), o paradigma biomédico tem o hospital psiquiátrico como o local típico para o tratamento. Apesar dos meios de trabalho incluir recursos multiprofissionais, “não ultrapassam a fragmentação de tarefas e a supervalorização do saber médico; há ênfase nas determinações orgânicas dos problemas (doenças) e na terapêutica medicamentosa. Outra peculiaridade desse modelo é a exclusão de familiares e dos usuários de qualquer participação no processo de tratamento” (Souza, Maciel & Medeiros, 2018).

presentes na Europa e nos Estados Unidos, mas sobretudo, Franco Basaglia, psiquiatra reformista italiano influenciou fortemente o processo de reforma desencadeado no Brasil- a luta específica estava referendada na garantia dos direitos humanos aos sujeitos com sofrimento psíquico, vítimas da violência psiquiátrica, a qual até então era legitimada pelo Brasil (Amarante & Nunes, 2020). Cabe assinalar que a Reforma Psiquiátrica (RP) nasceu com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final dos anos 1970, se ampliou como Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) e na segunda metade dos anos 1980, transformou seu status, ao deixar de ser apenas um movimento social para se tornar política oficial do Estado brasileiro (Brasil, 2005).

A Reforma Psiquiátrica, num movimento contra-hegemônico, busca desfazer o aparato e a cultura manicomial, mas também criar novos modos de olhar e lidar com o sujeito que manifesta sofrimento psíquico, enxergando-o como um sujeito que pensa, sofre, sonha, sente assim como deseja estar na vida (Bezerra 2007). Portanto, trata-se de um processo amplo, complexo e conjuntural, uma vez que, desconstrói os manicômios por meio da reinvenção da psiquiatria, suas práticas médicas e sociais, mas sobretudo, implica uma reinvenção da própria sociedade.

Segundo Amarante (2007), a RP abrange as dimensões teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. A dimensão teórico-conceitual refere-se à construção de um novo paradigma (psicossocial) no campo das ciências sociais, no que tange ao olhar direcionado ao sujeito em sofrimento psíquico, rompendo radicalmente com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional. A dimensão técnico-assistencial que está em consonância com a conceitual, tendo em vista que se constitui por meio de serviços/ dispositivos estratégicos, lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais, capazes de sustentar a inserção social, adequados à compreensão acerca do sujeito que sofre. Os serviços substitutivos (centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas, cooperativas e associações de usuários e familiares, dentre outros) surgem como possibilidade real de tratamento fora dos muros do manicômio (Amarante, 2007; Amarante, 2009). No que diz respeito às crianças em sofrimento, reconhecemos como profícuo o que Couto (2004) assinala, nos alertando, de que certas produções asilares ficaram intactas por alguns anos, apesar do movimento da RP. Esses espaços (“abrigos para deficientes”, por exemplo) em sua maioria, “sedimentadas fora dos

hospícios, mas capazes de serem tão nefastas como se tivessem sido produzidas intra-muros” (Couto, 2004, p.2).

No que se refere à dimensão jurídica-política, é possível localizar uma redefinição das relações sociais e civis em termos de cidadania e de direitos humanos, haja vista a construção de normativas legais compostas por leis e portarias para garantir sustentabilidade legal às proposições da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A aprovação da Lei 10.216/01, ou Lei da Reforma Psiquiátrica, em relação aos direitos das pessoas com sofrimento psíquico é, sem dúvida, um marco significativo no reconhecimento do (a) “louco (a) como sujeito de direitos”. Noutras palavras, é a partir de legislações como essas, que aquele que manifesta sofrimento psíquico, de modo legítimo, é alçado ao lugar de sujeito de direito: direito a trabalhar, estudar, acessar lazer, esporte, cultura, enfim, acessar os recursos que a sociedade oferece. Por fim, e não menos importante, a dimensão sociocultural que objetiva, a partir de ações e estratégias, uma mudança em relação ao imaginário social acerca da loucura e do(a) louco(a), principalmente àquilo que diz respeito aos estigmas de periculosidade, improdutividade e irracionalidade em torno da loucura, como se fosse a única gramática possível (Amarante, 2007). Como vimos anteriormente, no caso das crianças, historicamente houve judicialização da vida e criminalização da infância pobre, por meio do exercício cruel da institucionalização ou da intervenção adaptativa dos especialistas (Couto, 2004; Moura, Amorim, Reis & Matsukura, 2022). Em que medida isso reverbera, ainda hoje, no olhar de quem tem prática cotidiana com crianças em sofrimento?

Segundo Couto (2004), impasses e desafios na oferta de cuidado ao sofrimento na infância estiveram presentes de modo mais acentuado, por quase duas décadas, pois apesar da RP se apresentar como “um processo ininterrupto de construção de novas experiências, redimensionamento do ato clínico, produção de conhecimento, embasamento normativo-jurídico e ampliação das condições para o exercício da gestão pública” (Couto, 2004, p.1), por outro, o público infantojuvenil esteve ausente da agenda de debates, excluído das proposições de políticas públicas de saúde mental, silenciado nos documentos oficiais. Ainda para a autora, as crianças ficaram desassistidas ou submetidas a processos de institucionalização externos ao sistema psiquiátrico asilar, ficando invisíveis por anos, até mesmo ao vigoroso movimento da RP (Couto, 2004).

Couto e Delgado (2015) afirmam, que foi bastante singular e tardia a entrada do sofrimento psíquico de crianças nas pautas do campo da saúde mental, de modo que as políticas públicas específicas destinadas a este grupo específico foram sendo propostas e implementadas, mais recentemente. Os autores salientam que, no caso infantojuvenil, a RP brasileira não significa a superação do modelo hospitalar psiquiátrico que, a rigor, não foi aplicado a crianças e adolescentes, significa principalmente, “a superação da (des)assistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado que amparassem ações cidadãs e não segregadoras” (Couto & Delgado, 2015 p. 21). Nesse raciocínio, apesar do percurso distinto dos adultos, a RP se iguala 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, pertinente à infância e adolescência.

Ressaltamos que é possível identificar transformações mais concretas após a 8ª CNS no ano de 1986 e da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) no ano seguinte, com a mobilização do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), da RP, com a Constituição Federal (CF) de 1988 e com o reconhecimento da criança como sujeito de direitos, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1993. Julgamos necessário assinalar que com o advento do ECA inaugurou-se oficialmente, no Brasil, a Doutrina da Proteção Integral à criança e ao adolescente contrariamente ao percurso histórico da nação, todavia os temas saúde mental de crianças e adolescentes ganharam destaque, mesmo que de modo incipiente, na Lei nº 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado), relevante por possibilitar a construção das bases éticas, políticas e clínicas para seu desenvolvimento como política pública. Ou seja, oito anos depois do ECA e treze anos depois da Constituição, o que nos permite notar um descompasso temporal entre essas legislações e, que se estende quando vamos nos dedicamos a analisar as suas implementações.

A III CNSM em 2001, que teve como tema central “Reorientação do Modelo Assistencial” vinculado ao tema mundial “Cuidar, sim. Excluir, não”, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), priorizou o tema da saúde mental de crianças e adolescentes e convocou o Estado brasileiro à tomada de responsabilidade pelo cuidado e tratamento delas. Conforme Couto e Delgado (2015) o sofrimento psíquico de crianças assumiu lugar significativo, tendo em vista as concepções fundamentais: “a noção de criança e adolescente como sujeito psíquico e de direitos, a base comunitária da atenção, o desenvolvimento do cuidado através do trabalho em rede”

(Couto & Delgado, 2015, p. 22), tendo o território¹⁴ e a intersectorialidade como eixos fundantes da política e das ações de cuidado. Dessa forma, diretrizes ético-políticas foram construídas com a finalidade de dar sustentabilidade a uma rede de atendimento psicossocial infantojuvenil no sistema de saúde mental do SUS. É válido pontuar que das deliberações aprovadas na III conferência que convergem com as concepções fundamentais sinalizadas anteriormente, estão a implantação do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (com regulamentação apenas para atendimento de adultos, à época) mas que deveria se estender no cuidado de crianças e adolescente com sofrimento psíquico.

Outro aspecto assinalado na conferência refere-se à importância de pensar à medicalização e institucionalização do sofrimento psíquico, uma vez que, os problemas advindos da precariedade social são reduzidos muitas vezes, a “transtornos mentais” e, que as práticas de atenção deveriam ir na contramão da finalidade de controle e ajustamento de conduta no trato com a criança e adolescente (Brasil, 2002). Com base nessa nova matriz ético-política, em que as crianças são tomadas como sujeitos de direito, amparadas pelo paradigma da proteção integral, as propostas interventivas devem ter como norte ético o cuidado em liberdade e de orientação psicossocial (Couto & Delgado, 2015; Moura *et al.*, 2022).

A Portaria 336/2002 publicada pelo MS, contendo um capítulo especificamente destinado à criação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis, os CAPSi (Brasil, 2002), inaugurou a primeira ação do Estado endereçada a tratar de crianças com sofrimento psíquico. Portanto, pode ser considerada resposta oficial do Sistema

¹⁴ A relação entre a produção de cuidado e o território no qual este cuidado é exercido é também uma questão central para a atenção psicossocial e aparece claramente enunciada em diversos documentos relativos à Reforma Psiquiátrica, a partir de 2002. A Portaria nº 336/02, por exemplo, institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico a serem criados de forma territorializada e tendo por característica ‘responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território’. Esta mesma portaria estabelece, também, no Parágrafo 2 do Artigo 1, que os “CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” (BRASIL, 2002). “Portanto, a ‘lógica do território’ é uma ideia central, norteadora das ações a serem engendradas pelos serviços, de forma intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar em que as ações são elaboradas e realizadas. Importante ressaltar dois aspectos relevantes: o primeiro refere-se aos múltiplos sentidos que a palavra território pode conter, já que o conceito de território tem sido utilizado e desenvolvido em diversos campos do conhecimento como a Geografia, a Biologia, a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política e a Filosofia. O segundo aspecto refere-se aos processos que ocorrem no território, considerando suas múltiplas lógicas – algumas de emancipação e participação, outras que produzem sujeição e dominação. Para pensar a organização e as ações desenvolvidas nos serviços substitutivos ao manicômio, é fundamental que possamos considerar as diferentes lógicas do território, seus recursos, suas potencialidades, suas linhas de captura” (Lima & Yassui, 2014, p. 594).

Único de Saúde à necessidade de cuidado a esse segmento populacional, que não encontrava seu lugar no campo da Atenção Psicossocial (Couto & Delgado, 2015).

Importante destacar também a Portaria MS/GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004, que instituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (FNSMIJ), espaço de discussão e de articulação intersetorial, cujo objetivo é debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, subsidiando a construção das políticas públicas voltadas para esse grupo populacional. O Fórum expressa e encarna o fundamento político, clínico e intersetorial que constitui as políticas voltadas ao cuidado do sofrimento psíquico infantojuvenil. Ademais, tem o papel de “elaborar coletivamente o diagnóstico das situações (de extrema vulnerabilidade em que crianças podem estar expostas), estabelecer estratégias, propor diretrizes para a articulação intersetorial, avaliar os resultados e acompanhar a implantação das redes ampliadas de cuidado” (Brasil, 2014).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira – mas principalmente da aprovação da Lei nº 10.216, 2001 – portanto, possibilitaram de modo mais efetivo a materialização da institucionalização de serviços substitutivos, dentre eles: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSI¹⁵, CAPSII¹⁶, CAPSIII¹⁷, CAPS-ad¹⁸ e CAPSi). A partir da Portaria 336/2002 (Brasil, 2002), alicerçada no paradigma de cuidado – a atenção psicossocial – permitiu (permite) a construção de práticas de saúde endereçadas à desinstitucionalização dos sujeitos bem como, a sua recolocação no próprio território

¹⁵ Centro de Atenção Psicossocial para pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, indicado para municípios acima de 15 mil habitantes (Brasil, 2011).

¹⁶ Centro de Atenção Psicossocial que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes (Brasil, 2011)

¹⁷ Centro de Atenção Psicossocial que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad, possuindo até 05 (cinco) leitos para acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes (Brasil, 2011).

¹⁸ Centro de Atenção Psicossocial que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad, possuindo até 05 (cinco) leitos para acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes (Brasil, 2011).

e comunidade, por intermédio de práticas interdisciplinares e intersetoriais em saúde (Brasil, 2014).

Como dito anteriormente, o CAPSi é visto como a primeira ação do Estado - uma resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado do sofrimento psíquico na infância e adolescência, que até então não encontrava o seu lugar no campo da Atenção Psicossocial (Couto & Delgado, 2010; 2015). Compreendendo que esse grupo se compõe de sujeitos de direitos, que demandam acolhimento universal, encaminhamento implicado, construção permanente da rede, bem como a importância do território e da intersetorialidade, exige-se do Estado ações que assegurem mecanismos de educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos da criança, do adolescente e da família (Couto & Delgado, 2010; Brasil, 2005).

Passadas mais de duas décadas da sanção da Lei da Saúde Mental e a implementação de políticas públicas, como é que efetivamente tem se materializado a reorientação do modelo assistencial/de cuidado? Em que medida, podemos reconhecer mudanças estruturais na dimensão clínica, política, de planejamento, formação de recursos humanos e, fundamentalmente, na dimensão ética? Dimenstein (2003) nos apresenta uma problematização bastante atual acerca da reforma psiquiátrica, de que mesmo ancorada no paradigma da atenção psicossocial, “permanece refém do exercício de uma consciência cidadã, perspectiva limitante do que vem a ser a proposta de desinstitucionalização da lógica manicomial que sustenta saberes e práticas cronificadoras e de subjugação de uns pelos outros”.

Politicamente o Brasil viveu um período de avanços importantes entre os anos de 2003 até o golpe contra a presidenta Dilma Rousseff em 2016, tendo havido a expansão de números desse serviço especializado no atendimento do sofrimento psíquico grave e persistente de crianças, sobretudo por meio a portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS, regulamentada através da Portaria nº 3.088/2011, consiste em novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, o qual prima pela integralidade e continuidade do cuidado, integração e interação de serviços e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores, em contraposição à fragmentação de programas e práticas clínicas, ações curativas isoladas em serviços e especialidades (Brasil, 2011). Embora, haja subfinanciamento para as políticas de saúde mental em nosso país assim como em outros países do mundo, temos de levar em conta que recentemente, um período de retrocessos e obscuridade – chamado

por Lima (2019) de “maré contrarreformista” ganhou força, sobretudo com a ascensão ao governo federal de projeto político ultraconservador. Em 4 de fevereiro de 2019, por exemplo, a Nota Técnica 11/2019 intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental(PNSM) e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”, trazia como mote principal a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial e das comunidades terapêuticas, modelo assistencial fechado e de longa permanência, o qual oferta tratamento às pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas, contudo alvo de denúncias de violações de direitos humanos (CFP; MNPCT; MPF, 2018 citado por Lima, 2019). Conforme o autor, o fantasma do retorno dos hospícios era apenas “a ponta do iceberg de toda uma cultura manicomial que ainda resiste na sociedade brasileira, e cuja desconstrução é trabalho para mais algumas gerações” (Lima, 2019, p.4).

Concomitante à incorporação do sofrimento psíquico de crianças à agenda das políticas públicas de saúde mental, faz-se necessária a criação “de estratégias, programas, financiamento e dispositivos organizados para o seu cuidado, induzidos pelas políticas de Estado” (Fernandes *et al.* 2020, p.727) e isso demanda, a partir das nossas lentes, um projeto democrático-participativo. Nesse sentido no atual cenário, a 17ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em julho de 2023, em Brasília marca um novo tempo – trazendo como tema “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia” bem como, a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio (CNSM), realizada em Brasília, dezembro de 2023, sob o tema “A política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS” (Brasil, 2023).

Não se pode perder de vista, em nenhum momento, que embora venham ocorrendo muitos avanços com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, no que se refere à garantia de direitos de sujeitos com sofrimento psíquico, e aqui se incluem as crianças, percebe-se que o processo segue em curso e ainda não consolidou na cena social, refém do pouco investimento de recursos políticos para o seu fortalecimento (Melo, 2012).

Amarante (2007) nos alerta de que “quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas” (p. 63).

Compreendemos isso, mas também defendemos que é urgente e necessário maior engajamento do estado brasileiro e compromisso político, social e econômico com as políticas sociais. Ademais, as mobilizações sociais, a fim de garantir e solidificar o campo da saúde mental e da atenção, precisam acontecer com mais afinco dada à amplitude, complexidade e diversidade do campo (Melo, 2012). Melo (2012) afirma que os profissionais que atuam na área precisam de uma formação e educação permanente que se pautem nos princípios e diretrizes do projeto de saúde pública defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e pela Reforma Psiquiátrica (ainda em curso no país).

Costa(2014) assinala que na RP dos anos 1970, a dimensão clínica e política assim como a científica e moral eram nítidas haja vista a luta por uma sociedade mais justa, mais tolerante, mais eficaz no cuidado com os mais frágeis e na defesa da autonomia do sujeito. Não obstante, para o autor, a força instituinte inicial da reforma mostra sinais evidentes de esgotamento (Costa, 2014, p. 1024), nas suas palavras:

A ação política perdeu seu poder de atração; as consignas e as experiências localizadas se transformaram em programas de governo; o entusiasmo político foi sendo triturado pelo monstro da administração burocrática; a psiquiatria biológica tornou-se hegemônica, embalada pelo prestígio da neurobiologia na cultura; a vulgarização do vocabulário psiquiátrico abriu espaço para uma psiquiatrização, em escala inédita, da infância e da vida cotidiana” (p.1024).

De acordo com Costa(2014), “a psiquiatria biológica tornou-se hegemônica, embalada pelo prestígio da neurobiologia na cultura; a vulgarização do vocabulário psiquiátrico abriu espaço para uma psiquiatrização, em escala inédita, da infância e da vida cotidiana” (Costa2014, 1024). Neste sentido, realizar um estudo que tem relação com o campo da saúde mental, nos incube de reconhecer que com o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, tem ocorrido a construção de novos sentidos e, por conseguinte, novas formas de lidar e se relacionar com o sujeito em sofrimento psíquico (o que inclui as crianças). Com este entendimento, nos interessa compreender essa transição paradigmática, do modelo biomédico e tradicional para a clínica psicossocial, pois dialoga fortemente com o que pretendemos construir em relação ao fenômeno pesquisado (a medicalização do sofrimento psíquico de crianças). Crianças como objeto de práticas de disciplinarização e de controle ou como sujeitos de direitos e sujeitos psíquicos?

CAPSi e o Cuidado Do Sofrimento Psíquico De Crianças

Como dito anteriormente, o Estado brasileiro tem seu percurso histórico caracterizado pela tradição do não-direito das crianças até à sanção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) na década de 1990 (Pinheiro, 2006; Couto, 2004; Couto & Delgado., 2005). E é sob o paradigma da proteção integral, o qual reconhece crianças como sujeitos de direitos e sujeitos psíquicos, que políticas públicas específicas a fim de efetivar plenamente estes direitos, têm sido implementadas. Nessa perspectiva, instituído enquanto dispositivo da política nacional de saúde mental, pela portaria nº 336 de 2002 do ministério da saúde, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) emerge como a principal inovação na oferta de acolhimento ao sofrimento psíquico na infância, bem como na ampliação do acesso, tendo como eixo orientador o fundamento ético do cuidado em liberdade (Couto & Delgado, 2015).

Assim como as outras modalidades de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS ad III - definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional), o CAPS infanto-juvenil funciona como serviço substitutivo instaurados a partir da Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos de pessoas com “transtornos mentais” e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil (SMB). Deve atuar a partir do modelo de atenção psicossocial, paradigma norteador do processo de reforma psiquiátrica, ou seja, se propõe a substituir o modelo manicomial e a lógica médico-centrada (Dimenstein, 2003; Couto & Delgado, 2015). Em sua definição, o CAPSi é considerado um equipamento estratégico na atenção ao sofrimento psíquico, que oferta “cuidado intensivo, integral, interdisciplinar e intersetorial de base territorial e comunitária à crianças e adolescentes bem como, as suas famílias” (Brasil, 2004). Trata-se de “serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos que apresentam, prioritariamente, intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes (com autismo, psicose, neurose grave, etc.) bem como, sofrimentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações que impossibilitam estabelecer laços sociais, bem como realizar projetos de vida (Brasil, 2004).

Considerando que a promoção do direito à vida e a saúde/saúde mental infantojuvenil é uma prioridade para o sistema de saúde, em que medida o histórico

de institucionalização de crianças repercute na fabricação da patologização, psicologização e medicalização do sofrimento psíquico na infância, na atualidade? Como profissionais inseridos no cotidiano da saúde mental, a exemplo, os(as) técnicos(as) do CAPSi têm a desinstitucionalização como referência? Como concepções ligadas à norma, à razão, à medicalização, ao sujeito “adaptado” tangenciam a práxis?

O fenômeno da medicalização do social, tão em evidência no mundo contemporâneo, escapa do cuidado e tratamento ofertado às crianças atendidas no CAPSi? São questionamentos necessários, quando consideramos que a perspectiva de reforma psiquiátrica ancorada no paradigma da reabilitação psicossocial permanece refém do exercício de uma consciência cidadã, perspectiva limitante do que vem a ser a proposta de desinstitucionalização da lógica manicomial que sustenta saberes e práticas cronificadoras e de subjugação de uns pelos outros (Dimenstein, 2002). A exemplo disso, Kamers (2013) assinala que, embora o discurso na área da saúde mental relaciona-se a evidentes mudanças produzidas a partir da reforma psiquiátrica e do movimento da luta antimanicomial, ainda tem ocorrido evidente processo de psiquiatrização do discurso escolar e de patologização da infância.

O CAPSi enquanto serviço estratégico que agencia e amplia as ações de saúde mental, coordenando as demandas de sofrimento psíquico desse grupo no seu território de referência, sintetizando, num único dispositivo, o mandato terapêutico e a gestão na atenção psicossocial deste segmento, tem conseguido cumprir suas funções? (Kantorski, Nunes, Sterb, Pavani, Jardim & Coimbra, 2014). O serviço deve se organizar para ser uma porta aberta às demandas de saúde mental do território, identificar populações específicas e mais vulneráveis, objeto de estratégias diferenciadas de cuidado e deve estabelecer as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social, ligadas ao cuidado desses grupos específicos. Ou seja, é fundamental que os cuidados aconteçam de modo territorial e integral, pautado na intersectorialidade e na corresponsabilidade (Couto & Delgado, 2010).

Conforme Couto e Delgado (2015), a criação dos CAPSi e o direcionamento intersectorial são essenciais para prover acesso ao cuidado às crianças que manifestam sofrimento psíquico, mas também para montagem de uma rede pública ampliada de atenção, de base territorial, capaz de acolher as diferentes problemáticas relacionadas à saúde mental infantojuvenil. Contudo, cabe assinalar que o desenvolvimento de ações intersectoriais e a construção de uma rede ampliada de

atenção são complexos e atravessados pela presença de uma cultura psiquiátrica (Delfini *et al.*, 2017).

As ações que qualificam o cuidado implicam uma indissociabilidade do território, da intersetorialidade e da rede como montagens articuladas e colaborativas para realizá-lo, de modo que o trabalho deve ser desenvolvido por equipes multiprofissionais e interdisciplinares tendo como referência a PNSM (Brasil, 2004). Na sua composição, dispõe de profissionais provenientes de diversas áreas, entre elas a psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, enfermagem, educação física, psiquiatria, etc.; ressalta-se que a atuação da equipe tem embasamento na lógica da atenção diária, da intensividade do cuidado, do trabalho em rede e baseado na comunidade, com vistas à ampliação dos laços sociais possíveis a cada um dos seus usuários e familiares.

À luz do paradigma que faz uma ruptura como o modelo biomédico, colocando a doença entre parêntese (Amarante, 2008) e voltando-se para o complexo sujeito e sua experiência de sofrimento psíquico, mas que no caso específico da infância exige “a superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado que amparassem ações cidadãs e não segregadoras” (Couto e Delgado, 2015, p.8), questiona-se como na prática se sustenta essa proposta de intervenção, o cuidado em liberdade, de orientação psicossocial?

Considerando que a assistência à criança em sofrimento psíquico tem acontecido de maneira fragmentada, médica e patologizante, o CAPSi se apresenta como dispositivo estratégicos na construção da rede de atenção psicossocial e não como serviço assistencial especializado. No entanto, alguns estudos apontam possíveis impasses e avanços da atenção psicossocial para crianças (Maia & Avellar, 2013; Cervo & Silva 2014; Couto & Delgado, 2015; Moura *et al.*, 2022), desde problemas estruturais que requisitam ações e investimentos consistentes para consolidação da política de Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA) no país, como àqueles referentes a materialidade de um novo modo de cuidar e tratar de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico.

Quintanilha, Belotti, Tristão e Avellar (2017) apontam, no seu estudo, que as percepções dos profissionais do CAPSi sobre o cuidado fundamentam-se na importância de contemplar e enfatizar as particularidades da durante o processo do cuidado. Na contramão desse estudo, Cervo e Silva (2014) assinalam que o olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSI ainda está presente nas práticas

remonta aos processos de psiquiatrização e patologização vivenciadas por crianças aos longos dos anos, e que os processos de desinstitucionalização das práticas de cuidado, do reconhecimento da criança como sujeito e a potência de criação de cada encontro acontecem paulatinamente, mesmo exigindo certa radicalidade. E assim, diversas marcas impressas em seus processos de subjetivação, passam pelo “processo de atribuição de um diagnóstico às crianças”. As autoras acrescentam que “afirmar o lugar do CAPSi como agenciador de novos encontros configura-se uma estratégia para que outras experiências sejam possíveis” (Cervo & Silva, p. 442).

Noutro estudo acerca da atenção à crise em saúde mental na infância, embora a mesma esteja num registro que inscreve o sofrimento como uma experiência singular e social – contextos microssociais (família, escola, assim como outras instituições e comunidades) e macrossociais (dimensões sociais, históricas, culturais, políticas e econômicas) – há ainda a presença da noção de crise psiquiátrica, referindo-se à presença de sintomas agudos, sendo adotadas estratégias como contenção física, química e até encaminhamento para internação, o que evidencia a coexistência dos paradigmas psiquiátrico e psicossocial, além de revelar o processo de transição paradigmática em que esses serviços se encontram (Moura *et al.*, 2022).

Nascimento, Pizzinato e Bones (2022), em seu estudo sobre como a noção de infância vai se constituindo nas narrativas de profissionais de saúde que atuam no CAPSi, apontam que há uma ênfase na medicalização em detrimento da construção de ações de caráter psicossocial. No período pós-pandemia de covid-19, estudo sobre o cuidado de crianças num CAPSi, marcada por impasses e dificuldades na aquisição da fala e na interação social, encaminhadas majoritariamente pelas escolas, tendem a ser reduzidos ao diagnóstico de autismo, “cristalizando uma compreensão reducionista e dificultando a diferenciação e singularização dos casos” (Joia, 2021).

O CAPSi deve ser um lugar de encontro em que diversas instituições se cruzam, permitindo que o encontro das crianças se dê com cada uma dessas instituições que atravessam as práticas, permitindo o tensionamento da noção de infância como uma entidade abstrata e universal, o que, por conseguinte, faz com que a criança seja um campo de forças e intensidades, produza e invente a sua experiência com o sofrimento e as práticas de cuidado (Cervo & Silva, 2014). Deste modo, considerando que os sentidos atribuídos a um fenômeno são produzidos no

processo de construção social, na interação intersubjetiva, em que os sujeitos, a partir de suas práticas discursivas, posicionam-se, reconhecem-se e constroem os termos para a compreensão dos eventos cotidianos, o caminho que se tece nesse estudo é analisar como são os sentidos produzidos acerca da medicalização do sofrimento psíquico na infância (sofrimento, sintoma e mal-estar) presentes nas práticas discursivas de profissionais do CAPSi.

A Produção de Sentido na visão Construcionista

O Construcionismo Social “tem como pressupostos básicos a construção de sentidos - pontos de vistas, ideias, conceitos, posicionamentos, sentimentos - dos atores envolvidos nos fenômenos que se deseja estudar” (Willrich, 2009, p. 78). Cabe destacar que a premissa básica do construcionismo social é que “a realidade é uma construção dialogada e partilhada, um empreendimento viável apenas conjuntamente e por intermédio das práticas sociais” (Spink, 2010, p.09). A partir deste entendimento, podemos dizer que o conhecimento envolve as pessoas, suas interações e os sentidos produzidos para lidar com as situações e fenômenos do mundo social. Portanto, “os sentidos são elaborados dentro das relações – que são regidas por regras, hábitos, valores e normas reconhecidas e compartilhadas em uma comunidade em particular” (Souza & Pimentel, 2020, p.23).

Emerge assim, o projeto teórico-metodológico de estudo da produção de sentido através das práticas discursivas como “o solo que lhe dá sustentação e possibilita seus desenvolvimentos” (Spink, 2013). Convém salientar que a expressão “dar sentido ao mundo” e o interesse pelos sentidos da vida cotidiana nem sempre fizeram parte do projeto da Psicologia Social, haja vista que até os anos 1970 do século XX, vivia-se o sonho da Psicologia Científica como ciência pautada pela demonstração e generalização dos resultados (Spink, 2013). Após a década de 1970, surgiram importantes reflexões críticas focando tanto a naturalização do fenômeno psicológico como à a despolitização da disciplina, dando origem ao estudo da produção de sentido por meio das práticas discursivas, entre outras. A perspectiva construcionista resulta de três movimentos, conforme Spink (2013): “na Filosofia, como uma reação ao representacionismo; na Sociologia do Conhecimento, como uma desconstrução da retórica da verdade; e na Política, como busca de empowerment de grupos socialmente marginalizados” (p.6).

A autora aponta que há uma interdependência desses movimentos, que refletem de modo amplo a reconfiguração da visão de mundo e salienta a importância de se entender o construcionismo através da Sociologia do Conhecimento e da Psicologia Social, cujos principais autores, são: Peter Berger e Thomas Luckmann, Kenneth Gergen e Tomás Ibáñez. Para Spink (2013) quando a Psicologia Social começou possibilitou um movimento em construção das práticas discursivas e da produção de sentido, nas palavras da autora: “Quando a Psicologia Social começa a

fazer sua própria crítica quanto ao que produz e quanto à despolitização daí resultante, tem-se, então, a configuração de um contexto propício para novas buscas: conceitos, métodos, epistemologia, teoria, visão de mundo” (Spink, 2013, p.21).

O construcionismo, apoiado na Sociologia do conhecimento, faz uma crítica à compreensão intelectualista do conhecimento, visto que o restringe ao pensamento teórico bem como, desconsidera o conhecimento que os homens comuns têm da realidade – o conhecimento do senso comum – que constrói o tecido de significado na sociedade (Berger & Luckmann, 1976). Na obra “A Construção Social da Realidade” (1966), Berger e Luckmann afirmam que a sociedade é uma realidade objetiva, objetividade que se constrói nas interações da vida cotidiana, através dos esquemas tipificadores. À medida que o outro é apreendido, a objetividade se institui e acaba por ser internalizada a partir dos processos de socialização primária e secundária (Berger & Luckmann, 1966/1976). Partindo desse pressuposto, para os autores, o homem é um produto social – tanto quanto produtor – e a socialização é atravessada por processos de ressocialização, rupturas decorrentes do enfrentamento do não familiar, ressignificação e transformação social.

O construcionismo na Psicologia Social se ocupa “com a explicação dos processos pelos quais as pessoas, através da linguagem, descrevem e explicam ou dão conta do mundo em que vivem, incluindo a si mesmas” (Gergen, 1985, p.301). Para Gergen (1985), os pressupostos críticos e as fundamentações teóricas do construcionismo envolvem, a saber: a realidade é dinâmica, logo não possui qualquer tipo de essência ou leis imutáveis; o conhecimento se constrói no social, com base nas comunidades linguísticas; e por fim, o conhecimento tem consequências sociais, e são estas que vão determinar se ele é válido ou não.

Logo, o construcionismo social desafia as bases objetivas do conhecimento convencional, já que não oferece a verdade por meio do método e sim defende que “a formulação científica não resultaria de uma aplicação impessoal de regras metodológicas descontextualizadas, mas da responsabilidade de pessoas em intercâmbio ativo e compartilhado” (Gergen, 1985/2009, p.314). Dito de outra forma, são os intercâmbios entre pessoas, historicamente situados, que produzem o mundo, sendo as descrições e explicações sobre ele formas de ação social; o conhecimento não é uma coisa que as pessoas possuem em suas cabeças, e sim algo que constroem juntas. Desse modo, se a psicologia ortodoxa tem como foco o intrapsíquico, na perspectiva construcionista, o enfoque refere-se à explicação dos

processos de conhecimento na exterioridade, ou seja, nos processos e estruturas da interação humana (Spink, 2013).

Spink (2013) destaca, todavia, que como é difícil desconstruir o que foi construído, o termo desfamiliarização pode ser mais pertinente no que diz respeito à essa situação ao invés de desconstrução, haja vista que a desfamiliarização possibilita a criação de novos espaços, novas construções, embora o construído “[fique] impregnado nos artefatos da cultura, que compõem o acervo de repertórios interpretativos disponíveis para dar sentido ao mundo” (p. 10). Ou seja, não é possível uma desconstrução absoluta do já construído. Assim, com a finalidade de trabalhar com a terminologia da “desfamiliarização”, Spink (2013) retoma os escritos de Tomás Ibáñez, psicólogo social da Universidade Autônoma de Barcelona.

Segundo Spink (2013), “na perspectiva construcionista, tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas” (p.11). A proposição de Ibañez (1994) de que sujeito e objeto são construções sócio-históricas sujeitas à problematização e à desfamiliarização, questiona a noção de realidade visto que a realidade se constrói nas e pelas relações e trocas intersubjetivas. De acordo com Spink (2013) acatar essa afirmação implica compreender que o acesso à realidade institui os objetos que a constituem e estes objetos são apreendidos por meio dos processos de objetivação – categorias, convenções, práticas, linguagem, dentre outros. Ainda para autora, a desfamiliarização da objetividade toma como base a crítica da concepção de verdade como conhecimento absoluto, pois percebe que não há uma verdade absoluta e sim uma verdade das convenções, que em muitos momentos se revela impositiva. Portanto, “a crítica da concepção representacionista do conhecimento é uma decorrência da desfamiliarização da dicotomia sujeito-objeto” (Spink, 2013, p.11).

Considerando que critérios de verdade são estabelecidos socialmente, que as verdades são sempre específicas e construídas através “de convenções pautadas por critérios de coerência, utilidade, inteligibilidade, moralidade, enfim, de adequação às finalidades que são designadas coletivamente como relevantes” (Spink, 2013, p.12) não há verdade no sentido estrito da palavra (Ibáñez,1994). A pesquisa construcionista, portanto, parte do estranhamento em relação àquilo que é familiar e socialmente instituído, estranhamento que, por sua vez, se constitui como um movimento de ruptura com o habitual e com a desfamiliarização de verdades naturalizadas. Isso não significa negar a existência de um dado fenômeno, mas

sobretudo abrir-se para examinar certas convenções e elementos aí implicados, entendendo-os como regras que são histórica e socialmente situadas (Spink, 2013).

Nessa perspectiva, o construcionismo não intenciona afirmar que não há verdades, entretanto, assume postura crítica e questionadora acerca das verdades construídas, com estatuto de generalizantes, óbvias e naturais, sedimentadas como irrefutáveis. A postura construcionista reivindica a necessidade de remeter a verdade à esfera da ética, demarcando o seu lugar num registro de “importância não como verdade em si, mas como relativa a nós mesmos” (Spink, 2013, p.13).

No tocante à concepção do cérebro como a instância produtora do conhecimento, um critério de verdade especula que os mecanismos do pensamento se situam apenas na complexa estrutura de neurônios. Para Ibáñez (1994), embora o cérebro constitua uma condição de possibilidade para o pensamento, não é a única condição, haja vista que o conhecimento é contingencial às produções sociais disponíveis, a exemplo da estrutura linguística. O autor acrescenta que o pensamento tem sua condição na interface entre cérebro e sociedade, ou seja, não numa substância, mas num processo (Ibáñez, 1994 citado por Spink, 2013). Nesse mesmo raciocínio, um posicionamento alinhado com o construcionismo radicaliza ao máximo a natureza social do mundo vivido e a historicidade das práticas, de modo que realizar uma crítica em relação à produção de conhecimento tradicional é conforme Iñiguez (2002): a) questionar as verdades acatadas, por reconhecer que conhecimento não é imparcial; b) considerar as especificidades e particularidades históricas e culturais do conhecimento; c) reconhecer que os processos sociais são fundantes do conhecimento, ou seja, o conhecimento sempre é resultado de uma construção coletiva; d) o conhecimento é inseparável da ação social, logo todas as condições do mundo são resultados da ação e da negociação social.

Destarte, o conhecimento é algo que as pessoas produzem juntas, a partir de interações e compartilhamento do cotidiano, ou seja, das práticas discursivas situadas em tempo e espaços específicos. A possibilidade de ruptura com o habitual e o estranhamento, é, pois, o passo primeiro para a desfamiliarização de noções que foram naturalizadas. Esse movimento de contestação à “ortodoxia científica” se interessa pelo modo como os seres humanos em interação e situados num tempo-espaço e numa determinada cultura, produzem o mundo em que vivem, compreendem-no e produzem sentidos (Gergen,2009). Noutras palavras, a investigação construcionista ambiciona entender os processos pelos quais, através

da interação humana, as pessoas dão sentido ao mundo. Entretanto, para a produção do conhecimento sobre os sentidos, cabe uma atitude mais geral do(a) pesquisador(a), desde o momento em que define os objetivos de pesquisa, a estar “no campo” (Spink, 2010), ou seja, é necessário se inserir no contexto propício para esta busca. E a construção deste contexto passa pela consideração da linguagem do senso comum e a politização daí resultante (Spink & Frezza, 2000).

No tocante ao conceito de produção de sentido, retomamos Spink e Medrado (2013) que entendem produção de sentido como “não uma atividade cognitiva intraindividual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados, mas como uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso” (p.26). Para os autores, o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido, dando a ele o seu caráter de construção social, empreendimento coletivo, mais precisamente interativo. Portanto, na contramão da tradição que considera a linguagem apenas como instrumento de representação da realidade, na perspectiva construcionista, “concebe-se a linguagem como uma forma de ação no mundo: uma prática” (Spink & Medrado, 2013, p. 24).

Spink recupera o trabalho relevante do filósofo e crítico literário Mikhail Bakhtin (1929/1995), o qual nos apresenta a compreensão de que “Discurso é a língua in actu” (Bakhtin, 2016, p.117), para sustentar que as práticas discursivas são “[...] linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (Spink, 2013, p.05). O uso da linguagem produz dialogicamente efeitos (Spink & Medrado, 2013), ou seja, a linguagem tem um caráter de ação no mundo visto que produz consequências, o que faz com que as práticas discursivas tenham íntima relação com os “momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentido” (Spink & Medrado, 2013, p. 26). As articulações da noção de práticas discursivas às produções de sentido realizam-se “na academia e no cotidiano, entendendo-as sempre como efeitos de negociações” (Méllo *et al.*, 2007, p. 26).

De acordo com Spink (2010) a adoção do termo práticas discursivas tem relação com as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas ou até mesmo o uso institucionalizado da linguagem, por certos domínios do saber-poder, a exemplo de áreas da saúde (psicologia e psiquiatria).

Segundo Bakhtin (2011), a vida tem uma essência irremediavelmente dialógica de forma que a interação humana é mediada pela fala, pelo diálogo. Noutras palavras, o autor caracteriza o diálogo como a maneira mais básica e importante de comunicação, um gênero de discurso primário que se produz na relação imediata entre os sujeitos. Outro ponto importante do pensamento de Bakhtin (2011), é a compreensão do sentido amplo da palavra diálogo, de que não somente deve ser tomado “como a comunicação em voz alta, de pessoas colocadas face a face, mas toda comunicação verbal, de qualquer tipo que seja” (Bakhtin, 2006, p.125)

Dessa forma, as práticas discursivas que constituem o foco central de análise na abordagem construcionista, implicam uma variedade de produções sociais expressas em ações, seleções, escolhas, linguagens e contextos. Importante salientar que “as práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica, ou seja, os enunciados orientados por vozes; as formas, que são a linguagem; e os conteúdos, que são os repertórios interpretativos” (Spink & Medrado, 2013, p.26).

Estes conceitos de enunciados e vozes presentes em Bakhtin, descrevem o processo de interanimação dialógica que se processa numa conversação. Por um lado, têm-se os enunciados (palavras e sentenças) de uma pessoa que sempre estão endereçados a uma ou mais pessoas, portanto numa interanimação mútua, mesmo quando os diálogos são internos. Por outro, “as vozes compreendem esses interlocutores (pessoas) presentes (ou presentificados) nos diálogos” (Spink & Medrado, 2013, p.26). É a articulação entre enunciados e vozes que assume o caráter social, sendo as vozes relacionadas aos diálogos, negociações que se processam na produção de um enunciado. “Na perspectiva bakhtiniana, linguagem é, por definição, uma prática social” (Spink & Medrado, 2013 p.28).

Convém pontuar que, conforme Menegon (2013), os repertórios interpretativos unidades de construção das práticas discursivas – o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem – são elementos necessários ao estudo das práticas discursivas, visto que através deles, podemos entender tanto a estabilidade como a dinâmica e a variabilidade das produções linguísticas humanas. Ademais, vão marcar as diversas possibilidades e variabilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos ou a linguagem social estabelecida. Portanto, referência para entender aquilo que foi histórica e culturalmente constituído (incluindo as contradições no modo de dar sentido ao mundo) (Menegon, 2013).

Por considerar que a proposta da presente pesquisa é refletir criticamente sobre a produção de sentidos (sentido entendido como uma construção dialógica) a partir das práticas discursivas a serem cuidadosamente analisadas enquanto processo e não como produto, acreditamos que essa perspectiva teórica se constitui um caminho privilegiado para entender a produção de sentido no cotidiano de profissionais de saúde que atendem crianças com sofrimento psíquico. “Propor que a produção de sentido é uma força poderosa e inevitável da vida em sociedade e buscar entender como se dá sentido aos eventos do cotidiano” possibilita a abertura de novos horizontes e novas perspectivas (Spink, 2013, p. 21). Essa compreensão nos remete também a ideia de que o presente estudo pode contribuir para a construção de diferentes discursos acerca do sofrimento psíquico na infância.

CAMINHOS METODOLÓGICOS

Delineamento do Estudo e Abordagem Teórico-Metodológica

Ao realizarmos este estudo sobre o fenômeno da medicalização do sofrimento psíquico na infância, inevitavelmente, questionamos e buscamos compreender os processos de institucionalização que tornaram certos acontecimentos "essencializados". Significa dizer, por exemplo, que acreditamos que à medida em que a medicalização do sofrimento de crianças é atribuída à desregulação cerebral ou desequilíbrio de neurotransmissores assim como quando ocorre uma compreensão nosográfica e nosológica de um comportamento desviante, diagnósticos assumem estatuto de verdade e, mais especificamente, de verdade científica (Pande, 2016). Em contrapartida, na nossa concepção e visão de mundo, uma criança pode confrontar e se opor ou pode ter impasses no laço com os seus semelhantes ou ter agitação psicomotora, mas nem por isso, o comportamento tem que ser associado à insígnia de sintoma e enquadrado num diagnóstico neuropsiquiátrico (TDO, TEA e TDAH, por exemplo), ou seja, não se trata exclusivamente de distúrbios orgânicos. Para ilustrar esse fato, entendemos que quando uma criança bem pequena, às vezes um bebê, fica parte do seu dia, na frente da tela (celular ou tablet), pode ocorrer uma descontinuidade na experimentação do que se passa em situações da vida cotidiana, na capacidade criativa diante da espera ou do tédio, por exemplo, na apreensão e experimentação dos próprios limites corporais, no estabelecimento de laço com o outro e nas formas discursivas de sustentar as experiências de viver. Ou ainda, que com a suspensão abrupta das atividades escolares e extracurriculares, com a pandemia de COVID-19, as crianças tiveram seu cotidiano inesperadamente transformado, e muitas delas passaram a apresentar mal-estar e sofrimento psíquico, culminando em alterações comportamentais. A nossa leitura considera a complexidade das transformações discursivas e dos modos de subjetivação produzidas tanto pela internet quanto pela pandemia, por exemplo, contudo isso não nos autoriza instaurar um olhar patologizante que se dirige à criança, nomeando-a por meio de uma nosografia psiquiátrica. Ressaltamos ainda que reconhecemos a importância do aparato biológico, contudo reconhecemos que dimensões como a cultura e a política impactam os modos de subjetivação, na contemporaneidade, podendo produzir sofrimentos.

Na norma psiquiátrica, há um “modelo de clínica que circunscreve a doença (representada por conjuntos de sintomas) como objeto de estudo e intervenção” (Pimentel & Amarante, 2020, p.11). Ou seja, o transtorno mental consiste num conjunto de sintomas entendidos como signos de enfermidade, mas também representativos dela. Nessa racionalidade, as doenças são algo natural, sendo os sintomas passíveis de explicação e classificação. Compreendemos que essa lógica que enquadra a criança em categorias diagnósticas, por meio de sintomas, vem fomentando o fenômeno da Medicalização, que de acordo com Freitas e Amarante (2015) remete a diferentes sentidos, cujo ponto comum é fazer referência à ação de “[...] transformar experiências indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins” (p.14).

Se de um lado tem-se uma verdade universal amparada na ciência moderna, por meio dos manuais psiquiátricos (critérios do DSM ou CID) - sentidos confirmados pela psiquiatria clássica, do outro lado, tem-se uma verdade relativista, amparada pelo pensamento construcionista, que compreende que outras dimensões da vida estão implicadas no sofrimentos psíquico (além do biológico), portanto, desinstitucionaliza os modos de ser na sociedade, cristalizados na modernidade, problematiza e restitui o sujeito a partir de sua particularidade e singularidade, mas, sobretudo, concebendo o sujeito e sua realidade como construções histórico-sociais. Este entendimento nos remete ao que afirma Spink (2013), o pensamento tem sua condição na interface entre cérebro e sociedade, ou seja, não numa substância, mas num processo. São, portanto, dois modos divergentes de compreender o processo saúde-(doença)-cuidado, apesar disto, ambos são vistos como conhecimentos envolvidos na produção de realidades vividas e dos sentidos que as tornam passíveis de apreensão (Moura, Duccini & Rodrigues, 2013).

Partindo dessa compreensão, acreditamos que as verdades “são versões, sempre específicas, negociadas, construídas, adequadas às finalidades designadas coletivamente como relevantes” (Méllo *et al.*, 2007, p. 28). Quando questionamos verdades universais e, conseqüentemente, dialogamos com o Construcionismo Social, estamos dando ao estudo status de pesquisa construcionista. De acordo com Spink (2010, p. 34) o “Construcionismo Social inicia na Psicologia Social uma virada linguística, em que a linguagem não apenas explica a realidade, mas a constitui”. Na concepção da autora, o sujeito e o objeto são construções histórico-sociais, e,

portanto, estabelece uma crítica à ideia representacionista do conhecimento e da objetividade, bem como problematiza aspectos sobre a realidade e o sujeito.

Cabe assinalar que a perspectiva construcionista é uma modalidade que se atenta para a polissemia da linguagem, possibilita o trânsito por inúmeros contextos e vivências, variadas de situações bem como, por diferentes abordagens e explicações sobre determinado objeto de investigação também socialmente construído. Destarte, considerando que a nossa proposta é refletir, criticamente, sobre o processo de construção de sentidos (os jogos de posicionamento, as construções e reconstruções de argumentos), levamos em conta diálogos e enunciados – por meios das interações sociais estabelecidas – produzidos por práticas discursivas, cuidadosamente analisadas enquanto processo e não produto. Esse conhecimento é fundamental quando se busca transformar os sentidos sociais e a realidade, de modo que nossa pesquisa recorre à ruptura com o habitual como estratégia central para compreender o processo de construção da realidade, apoiando-se na abordagem teórico-metodológico de “produção de sentidos e práticas discursivas” (Spink 2010).

Compreendemos o sentido como uma construção coletiva em que as pessoas na dinâmica das relações sociais, localizadas histórica e culturalmente, constroem os termos a partir dos quais compreendem e se posicionam em situações cotidianas (Spink, 2010). Isto é, o sentido não é um “significado pronto”, mas sim produzido pelas pessoas nas suas interações; são sentidos emergentes em ações cotidianas, produzidos “entre pessoas”. Interessa-nos, nessa perspectiva, o sentido que é produzido, não como um sentido do tipo “dicionarizável”, individual, mas sim o que é produzido “entre”. Noutras palavras, o sentido não existe por si só nem isoladamente, mas apenas para outro sentido. Dessa maneira, o que está em causa é o intercâmbio, dado que “uma ideia se torna ideia real no processo de intercâmbio de ideias, isto é, no processo de produção do enunciado para o outro” (Bakhtin, 2016, p.149). Assim, a produção de sentido é tomada como uma ação dialógica e não algo que ocorre na mente (pensamento) das pessoas.

Para aproximarmo-nos da produção de sentidos compartilhada e cotidiana, Spink e Medrado (2013) propõem o direcionamento a análise das práticas discursivas, por meio das quais é possível identificar os repertórios interpretativos mobilizados pelas pessoas ao produzir sentidos. Isso nos remete às compreensões de que “as práticas discursivas são marcadas por polissemia, contradições e apresentam caráter processual” (Spink e Medrado, 2013, p. 33) assim como “constituem um caminho

privilegiado para entender a produção de sentido no cotidiano” (Spink & Frezza, 2013, p. 20-21). Duccini & Rodrigues (2013) apontam que através de práticas e interações, significados são reiterados, confrontados ou transformados num trabalho coletivo de dar sentido à experiência.

Necessário salientar que adotamos a epistemologia construcionista social, priorizando uma forma de investigação em detrimento de outras e assumindo um posicionamento claro contra a medicalização, patologização das infâncias. Dito de outro modo, nossa pesquisa tem comprometimento com a defesa de valores sociais e éticos específicos e com críticas ideológicas ao processo de medicalização. A nossa aposta é que analisar a produção de sentidos acerca da medicalização do sofrimento psíquico na infância, por profissionais de saúde, pode nos auxiliar a compreender os sentidos que estão sendo construídos no dia a dia do CAPSi.

CAPSi: Campo De Investigação

A realização do estudo se deu em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) no norte do estado da Bahia, mais precisamente na mesorregião do Vale do São Francisco, com a anuência da Secretaria de Saúde Municipal. O CAPSi se constitui como serviço aberto, de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes, um dispositivo de assistência à saúde mental de criança e adolescentes até 17 anos e 11 meses e 29 dias, com comprometimento psíquico grave e persistente (psicoses e autismo, por exemplo). O CAPSi em que a pesquisa se realizou, ainda não está credenciado ao Ministério da saúde, de modo que vem sendo mantido com recursos próprios do município; desde 2013 oferta atendimento e tem mais de 3.000 usuários(as) cadastrados(as). Atualmente, realiza uma média de 300 atendimentos mensais, fazendo admissões ou encaminhando para outros pontos de atenção às demandas das crianças e adolescentes. Ressaltamos que o CAPSi consiste em uma unidade de saúde pública que faz parte da composição dos diferentes dispositivos ¹⁹ da RAPS.

¹⁹ Dentre os dispositivos que compõem a RAPS estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura (CECOs), os leitos de atenção integral em hospitais gerais e nos CAPS III, as cooperativas e empresas sociais e as Unidades de Acolhimento (UAs).

No que diz respeito aos pontos de atenção que constituem a RAPS do município em tela, existem as modalidades de CAPS (CAPSi, CAPS II e CAPS AD III); o serviço ambulatorial de saúde mental, que tem objetivo de ampliar a rede atuando enquanto serviço que acolhe usuários com sofrimento psíquico transtornos mentais moderados; os serviços de urgência e emergência: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), um hospital geral que não possui leitos integrais em saúde mental, um hospital materno infantil e uma unidade pediátrica, que atende crianças e adolescentes até 14 anos. O município dispõe também de um serviço residencial terapêutico do tipo II, na estratégia de desinstitucionalização (Regimento do CAPSi, 2020).

De acordo com o regimento interno o objetivo geral: “atuar como serviço de referência para abordagem psicossocial às crianças e aos adolescentes, que tenham demanda relacionada a aspectos que envolvem o sofrimento psíquico ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo àquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida”. Em relação aos objetivos específicos, são: “garantir cuidado baseado na política nacional de saúde mental enquanto serviço substitutivo do hospital psiquiátrico para demanda infantojuvenil; organizar a rede de atenção psicossocial para garantir a continuidade do cuidado construir Projeto Terapêutico Singular (PTS)²⁰. Estabelecer articulação com os demais serviços do SUS, com o SUAS, com a rede de educação e o poder judiciário de modo a garantir os direitos de cidadania; ofertar matriciamento ou apoio matricial²¹ para as equipes de saúde da família, que devem dar continuidade ao cuidado integral do sujeito incluindo as demandas de saúde mental, assim como ofertar apoio matricial às

²⁰ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (Brasil, 2007, p.40)

²¹ Formulado por Campos (1999) o matriciamento ou apoio matricial caracteriza como novo modo de produzir saúde marcado pelo encontro de duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, cuja proposta de intervenção é pedagógico-terapêutica. O objetivo inicial era contribuir com o processo de integração da saúde mental à Atenção Básica (AB), mas também propor mudanças da lógica tradicional dos sistemas de saúde (de encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e regulações), dinamizando a comunicação entre os profissionais, entre as equipes e entre os diferentes pontos de atenção do SUS. Além disso, funcionando como tecnologia de apoio à gestão do trabalho em saúde, o apoio matricial facilita a ampliação da clínica (Campos & Domitti, 2007).

equipes dos pontos de atenção de urgência e emergência que devem acolher os usuários em crise” (Regimento do CAPSi, 2020).

O CAPSi oferece atenção diária a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, cinco dias por semana em dois períodos: matutino e vespertino. A composição atual da equipe é: um gerente (formado em Psicologia e com residência em Saúde Mental), uma enfermeira, um assistente social, dois(duas) psicólogos(as), uma fonoaudióloga, uma psicopedagoga, uma pedagoga/educadora social, duas psiquiatras, uma nutricionista, uma enfermeira residente e uma estagiária de psicologia. O trabalho no serviço deveria ser realizado preferencialmente ambientes coletivos (grupos, assembleias de usuários, reuniões de equipes e atividades territoriais de forma articulada com outros pontos de atenção da rede intra e intersetorial), todavia privilegiam as práticas individuais. É feito acolhimento inicial por um(a) profissional da equipe, em que são atendidos(as) a criança/adolescente e seu familiar. Como dito anteriormente, o plano terapêutico deve individualizado, a partir da admissão da criança e da discussão com a equipe do CAPS e/ou com as equipes da RAPS, educação, assistência social e os familiares, sendo delimitadas a frequência e as atividades terapêuticas que compõem o tratamento. O CAPS oferece grupos e oficinas terapêuticas e atendimentos individuais em diferentes modalidades. As assembleias²² previstas, acontecem, mas sem datas pré-definidas.

Desta forma, o CAPSi deve ofertar cuidados orientados por uma equipe multiprofissional que trabalha, a partir de interprofissionalidade e do trabalho colaborativo, ofertando cuidado integral mediante desenvolvimento do projeto terapêutico singular, que abrange na sua construção especialmente a equipe, o usuário e a família.

Participantes

No que diz respeito aos participantes da pesquisa, a amostragem é intencional e não-probabilística, tendo como critérios de inclusão: profissionais de saúde (técnicos(as) de nível superior) – sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos,

²² A assembleia de usuários e suas famílias é um dos seus dispositivos de tratamento. A assembleia é um espaço no qual os participantes utilizam a palavra como instrumento de expressão, introduzindo no CAPSi mais uma forma de lidar com os pacientes graves (em crise ou não) bem como contribuindo com as discussões da clínica (Bontempo, 2009).

trabalhadores(as) da Secretaria de Saúde, que atuam especificamente no CAPSi equipamento que atende crianças em situação de sofrimento psíquico; ademais, todos(as) tinham que atuar há no mínimo seis meses na área e não se encontrarem em licença.

Voluntariamente, quiseram participar da pesquisa seis técnicos(as) de saúde mental (das áreas da psicologia, nutrição, psiquiatria, serviço social, psicopedagogia e enfermagem), que atuam no CAPSi entre 1 ano e 2 meses a 10 anos; sendo quatro estatutários(as) e os demais em regime temporário; em relação ao nível de escolaridade, uma profissional tem ensino superior, os demais têm nível de pós-graduação, sendo uma profissional com *strictu sensu* (Mestrado em Saúde, Educação e Meio ambiente), uma com residência em Saúde Mental, um com especialização em Neuropsicologia, uma com Psiquiatria infantil, um com MBA (Master in Business and Arts) em Saúde; em relação à faixa etária houve variação entre 28 anos e 53 anos; dois participante do sexo masculino e quatro do sexo feminino; dois se identificam étnico-racialmente como brancos/as e quatro como pardos(as) e negros(as).

Tabela1.

Tabela 1. Perfil dos(as) participantes.

Idade	Sexo	Raça/cor	Nível de escolaridade	Tipo de vínculo	Tempo de atuação no
28	Feminino	Branca	Enfermagem com Residência em SM	Temporário	4 anos
32	Masculino	Branco	Psicologia/ Especialização em Neuropsicologia	Temporário	1 ano e 2m
38	Masculino	Branco	Serviço Social com MBA em Gestão de Saúde	Efetivo	5 anos
43	Feminino	Negra	Nutrição	Efetivo	8 anos
53	Feminino	Parda	Psicopedagogia com Mestrado em Saúde e Meio ambiente	Efetivo	10 anos
56	Feminino	Parda	Medicina com Especialização em Psiquiatria Infantil	Efetivo	1 ano

Nota. Perfil dos(as) participantes. Fonte: Elaboração Própria (2024).

Um(a) profissional de cada categoria, como exposto acima, foi entrevistado(a), todos(as) cientes de que não haveria a divulgação dos seus nomes, visando à preservação do direito ao sigilo e a não identificação destes(as). Inclusive, na análise de dados, serão atribuídos aos(às) participantes nomes de brincadeiras. O critério de inclusão dessa amostragem se justifica por entender, que estes(as) profissionais têm

posição privilegiada, já que atuam de modo multiprofissional com o processo de trabalho interdisciplinar e a eles(as) são endereçados encaminhamentos de crianças que apresentam comportamentos considerando “desviados das normas sociais”, para acolhimento, avaliação e intervenção/acompanhamento (terapias combinadas ao uso de medicamentos/ psicofármacos), nos permitindo talvez uma compreensão mais aprofundada do fenômeno da medicalização da infância. Portanto, foram excluídos profissionais que não se encaixam no perfil supracitado.

Instrumentos e Técnicas de Pesquisa

Foram utilizadas três fontes de informação, sendo elas: técnicas de observação participante e registro em diário de campo conjugados à entrevista semiestruturada. A coleta de dados se iniciou em abril de 2023, sendo finalizada em julho de 2023. É válido destacar que o entendimento é que a escolha dessas técnicas está impregnada de significado, uma vez que tem uma relação intrínseca com a orientação teórica e ideológica da pesquisadora (Pinheiro 2013).

Para além da aplicação das técnicas, levamos em conta o tempo necessário para aplicá-las bem como, as relações sociais que ocorrem entre aqueles(as) investigados(as).

A técnica da observação participante se fez necessária nesse caminho metodológico, levando em conta que a pesquisadora tinha que buscar o entendimento das relações entre profissionais de saúde, as práticas estabelecidas, as visões de mundo e as opiniões acerca do sofrimento psíquico na infância, da medicalização desse sofrimento, dentre outros elementos que não seriam (bem) captados por outras técnicas de investigação. Reconhece-se que no presente estudo, a observação participante assume status potente ao facultar a percepção de significados, representações, relações, normas, discursos, falas, sistemas de valores, símbolos, condições estruturais e dimensões esperadas e inesperadas do problema que motivou a pesquisa (Minayo & Sanches, 1993).

Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2016), a observação participante é parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, sendo considerada até mesmo como um método próprio para a compreensão da realidade, uma vez que “pequenos gestos elementares que não têm substancialidade ou concretude imediata, portam significados consistentes para a compreensão de como o grupo se organiza em torno de uma questão” (Fernandes & Moreira, 2012, p. 218).

A observação participante na pesquisa, conforme Fernandes e Moreira (2012), guarda íntima conexão com o investimento teórico e este vai influenciar de modo decisivo a elaboração dos dispositivos analíticos, nesse caso, a produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas. Outro aspecto relevante é que, dentre todas as técnicas, “a observação participante pressupõe convívio e intercâmbio de experiências primordialmente através dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir, vivenciar, experimentar” (Fernandes & Moreira, 2012 p. 518). A técnica se caracteriza pela promoção de interatividade entre o(a) pesquisador(a), os sujeitos observados e o contexto no qual estão inseridos, que exige do(a) pesquisador(a) “lidar com o outro, num verdadeiro exercício constante de respeito à alteridade” (p.218) e que permite à pesquisadora captar uma variedade de situações ou fenômenos não obtidos por meio de perguntas, mas sim observados diretamente na própria realidade, que vão transmitir o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (“imponderáveis da vida cotidiana”) (Minayo, 2007).

Salienta-se aqui a noção de cotidiano, tomada por Spink (2008) como microlugares de convivência em que se dão encontros, conflitos e tensionamentos entre a pesquisadora e as pessoas, os grupos ou comunidades no contexto de pesquisa.

Observar no cotidiano implica a construção de uma teia de relações, na qual ocorre o movimento ou o reposicionamento do(a) pesquisador(a) em prol de entender o que se passa e o que isso significa no contexto local. Nesse sentido, Spink (2008) afirma que a observação nunca é neutra e a própria convivência, nas suas variadas formas, implica a escolha de caminhos nem sempre exatos para acessar as pessoas, locais e informações, inclusive quando o(a) pesquisador(a) faz uma pesquisa na sua própria cotidianidade. Faz-se necessário reflexão sobre a própria interação durante a observação, que constitui um meio para a obtenção de informações e um processo de coprodução de sentidos, de modo que exige levar em conta o dinamismo e a complexidade dos registros, na compreensão dos sentidos produzidos pelos profissionais de saúde nas suas práticas discursivas.

A inserção naquele espaço ocorreu de modo paulatino, a fim de a pesquisadora não ser tomada como uma figura estranha ou ameaçadora à rotina do serviço. De modo geral, houve uma abertura para a participação nas reuniões de equipe, discussões de casos, atividades grupais e até mesmo acolhimento, gerando registros

dos dados em diário de campo, que auxiliaram na captura de informações sobre a realidade cotidiana dos sujeitos em seu contexto.

Durante a pesquisa em questão, o diário de campo foi a forma de registro da observação. Todas as impressões e atitudes, incluindo comentários e conversas informais, dos(as) profissionais de saúde em relação aos objetivos do estudo foram devidamente registrados em diário de campo e partindo da leitura e releitura desse material, agregou-se os repertórios interpretativos em torno de alguns temas, sendo definidos três blocos de categorias temáticas, a saber: os sentidos que envolvem a construção do diagnóstico e o plano terapêutico de crianças; os sentidos que envolvem a corresponsabilização do cuidado; e, os sentidos que envolvem a rede de atenção à SM de crianças visibilizados nas práticas discursivas dos(as) profissionais do CAPSi. Essa categorização foi diretamente relacionada ao conteúdo das entrevistas semiestruturadas e serão apresentadas no capítulo referente aos resultados e discussão.

Ressalta-se que o uso do diário de campo é considerado, no campo da pesquisa, como participante “atuante” no processo investigativo (Medrado, Spink & Mélo (2014). Segundo Medrado (2014), à medida que o(a) pesquisador(a) dialoga com a construção dos registros no diário de campo, com os relatos, dúvidas, impressões, posicionamentos, uma conjugação de fluxos acaba por produzir a própria ação de pesquisar. Partindo disso, mais que meros instrumentos de registro, os diários funcionam como elementos co-construtores das informações, pois desde a construção inicial dos textos, os sentidos da experiência são produzidos. Saliencia-se, entretanto que a pesquisadora registra suas impressões sobre a realidade cotidiana, advertida de que aquilo que se anota ainda não é dado científico, pois este surge a partir da submissão das informações coletadas às categorias de análise construídas pela reflexão teórica.

O diário de campo apresenta-se como um dispositivo de investigação de caráter descritivo, na medida em que capta por palavras as imagens do local, pessoas, ações e conversas observadas e de caráter reflexivo subjetivo, visto que valoriza o ponto de vista do (a) observador (a), as ideias e preocupações. Nesse sentido, o diário de campo objetivou sistematizar as informações percebidas e obtidas durante a observação participante, sendo considerados um acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações favorecendo a qualidade e a profundidade das análises. Ressalta-se que o diário de campo foi tomando forma

paulatina e diariamente através da observação participante, mas também de atitudes e comentários que surgiram noutras circunstâncias, como nas reuniões de equipe e nas discussões de caso. Deste modo, pode-se compreender que o diário de campo possibilita conhecer o vivido dos sujeitos pesquisados, quando o objeto da pesquisa está relacionado à apreensão dos significados atribuídos à situação vivida.

Por fim, tem o recurso da entrevista semiestruturada utilizado com todos os participantes da pesquisa. Para Pinheiro (2013) pontua que “a entrevista pode ser utilizada nos mais diferentes contextos, fundamentada em abordagens teórico-metodológicas as mais diversas” (p.159). Pinheiro (2013) chama atenção para o fato de que a entrevista não tem a mobilidade das interações verbais do cotidiano, pois há posições estabelecidas social e institucionalmente. A autora sinaliza que a interação se dá em um certo contexto, numa relação constantemente negociada, a qual tem de um lado o locutor, o qual se posiciona e, por consequência, posiciona o outro. “As posições não são irrevogáveis, mas continuamente negociadas” (Pinheiro, 2013, p.159). A entrevista se localiza, portanto, como processo dialógico em que ocorre uma negociação de pontos de vistas e de versões sobre os assuntos e acontecimentos, que vai posicionando os participantes em relação aos temas (Aragaki, Lima, Pereira & Nascimento, 2014).

A entrevista, tomada como produtora de informações em pesquisas construcionistas, pode-se apresentar com a finalidade de contextualizar o tema, sendo recurso necessário na obtenção de informações acerca do que se pretende investigar, possibilitando o acesso aos gêneros de fala e aos repertórios interpretativos. Segundo Spink (2010, p.31), “a noção de Gêneros de Fala decorre do trabalho de Bakhtin, para se referir às formas típicas e estáveis de fala que formam o substrato compartilhado que possibilita a comunicação”. Adquirimos no processo de socialização uma competência que nos permite predizer desde as primeiras palavras como se desenvolverá um enunciado, ou seja, “os gêneros de fala são aspectos importantes de nossa competência comunicativa no dia a dia” (p.31). Spink (2010) ressalta que os gêneros de fala são atravessados por expressividade, pois por se apresentar como formas típicas de enunciados (e não formas linguísticas), herdaram um modo expressividade que é própria da cultura específica. Por exemplo, há um gênero de fala típico de consultório médico; consideramos salientar que conforme Lacerda (2018) “os gêneros da fala são considerados formas de enunciados que buscam coerência com o contexto, o tempo e o interlocutor e carregam elementos que são

próprios da cultura e perpassam das comunicações mais simples às falas típicas de diferentes profissionais” (p. 59).

No tocante aos repertórios linguísticos ou interpretativos, há entrevistas que objetivam compreender a circulação dos repertórios num momento histórico e social em uma sociedade ou grupo e há aquelas que visam entender como as pessoas se posicionam e são posicionadas e como se constitui o jogo de posicionamento entre elas, permitindo explicar como as relações de saber e/ou poder vão se construindo (Aragaki et al,2014). Nosso objetivo é identificar os repertórios referentes à medicalização do sofrimento psíquico na infância.

As entrevistas semiestruturadas se revelam como a possibilidade do(a) pesquisador(a) construir previamente um roteiro norteador, mas com caráter flexível e dinâmico visto que se pode acrescentar ou aprofundar novas perguntas a depender das respostas, constituindo-se assim, como um momento de construção, negociação e transformação de sentido. Ressalta-se que os roteiros caracterizadores das entrevistas semiestruturadas devem, simplesmente, nortear o trabalho, permitindo a inclusão de outras perguntas, seguindo o fluxo do discurso de acordo com que vai se produzindo nessa interação entre pesquisador(a) e pesquisado(a). Conforme Spink (2010), a ruptura com o habitual possibilita dar visibilidade aos sentidos e assim, na entrevista, os questionamentos tendem a focalizar um ou mais temas que talvez, nunca tenham sido alvo de reflexão. A entrevista, enquanto ação (interação) situa-se como prática discursiva ao endereçar aos(às) entrevistados(as) a produção de sentidos e construção de novas versões da realidade (Spink,2010).

Quanto às entrevistas realizadas no presente estudo, foram do tipo semiestruturado, realizadas individualmente e em um local reservado, dentro da própria instituição, resguardando a privacidade dos(as) participantes. Orientadas por um roteiro norteador (Apêndice A) construído em diálogo com os objetivos da pesquisa, as informações coletadas durante as entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador (localizado no aparelho celular da pesquisadora) e, posteriormente, transcritas na íntegra. Ressalta-se que, todos(as) os(as) entrevistados(as) foram informados(as) dos objetivos da pesquisa e explicitaram sua autorização através do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – RCLE (Apêndice C). Durante a transcrição e análise, tratou-se de substituir os nomes dos(as) entrevistados(as) por codinomes visando garantir o anonimato dos(as) mesmos(as).

Aspectos Éticos

Para a realização da pesquisa, em especial a coleta de dados, após Carta de Anuência com consentimento para o desenvolvimento da pesquisa no CAPSi, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas –CEP da Faculdade Integrada do Sertão (FIS), sob número CAAE: 60920222.9.0000.8267, obtendo aprovação em fevereiro de 2023. A pesquisa está de acordo com o que preconiza as Resoluções nº510/2016 que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa e a nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS. Por meio do RCLE, assinado voluntariamente, resguardamos os direitos dos(as) participantes, nos termos da Lei.

Este estudo ofereceu riscos que podem ser categorizados como mínimos e de caráter imaterial, como desconforto e um possível constrangimento durante as entrevistas em decorrência da possibilidade de os/as participantes ficarem às voltas com alguma vivência relativa à práxis e até mesmo de experiências pessoais desagradáveis, ao elucubrar sobre o tema pesquisado. Para minimizar tais riscos, reforçamos sobre direito de desistência em qualquer etapa da pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato; ressaltamos que a entrevista ocorreria de modo aberto e livre, com intuito de não causar constrangimentos ou desconforto psicológico, contudo se ocorrê-los, haveria interrupção imediata a fim de o(a) participante poder reavaliar se desejava continuar ou não; quanto à publicação dos resultados, serão divulgados de modo a preservar a autoimagem e identidade dos(as) participantes, visando garantir o respeito e a dignidade na redação do texto final, assim como garantir o sigilo absoluto referente às informações pessoais.

No tocante aos benefícios diretos do presente estudo aos participantes, acreditamos na possibilidade de se produzir uma reflexão sobre o seu “que fazer” (práxis), sobre o fenômeno do sofrimento psíquico de crianças e da medicalização da vida; ademais, a produção de conhecimento suscitada por esta pesquisa mostra-se relevante enquanto estratégia que problematiza o imperativo do discurso médico-científico e práticas normatizantes de toda e qualquer manifestação de sofrimento psíquico na infância. Nessa perspectiva, pode trazer elementos que, em alguma medida, favoreçam repensar as práticas de cuidados construídas, ou seja, a

desmedicalização de crianças, assim como contribuir para a literatura científica, campo de estudo.

Procedimento de Análise dos Dados

Os dados coletados por meio da observação participante, diário de campo e das entrevistas semiestruturadas passaram por análise à luz da técnica dos mapas dialógicos, o que possibilita visualizar e compreender a produção de sentidos de profissionais do CAPSi sobre a medicalização do sofrimento psíquico na infância. Para tanto, foram necessários dois passos iniciais que deram base à elaboração dos mapas dialógicos: 1) a transcrição sequencial (TS) e 2) a transcrição integral (TI). As transcrições sequenciais se referem à primeira etapa de aproximação com o material a ser analisado e auxiliam na definição dos temas e categorias através da identificação das falas e vozes presentes no áudio. Em seguida, elaboramos as transcrições integrais das entrevistas que incluem todas as falas e expressões comunicadas, dando destaque às categorias analíticas relacionadas aos objetivos da pesquisa. A transcrição integral de todas as entrevistas e apropriação desse material através de leituras sistemáticas, possibilitaram a construção dos mapas dialógicos organizados em categorias gerais que refletiam os objetivos da pesquisa.

Inicialmente, os mapas dialógicos foram chamados de mapa de associações de ideias (Spink & Lima, 2013) ou simplesmente mapa (Spink, 2010), concebidos como um instrumento de análise que auxilia pesquisadores(as) na aproximação com o material, na organização das práticas discursivas e no norteamento da discussão (Nascimento *et al.*, 2014). Spink (2010) pontua que os mapas dialógicos são construídos por meio de tabelas, em que as colunas são definidas tematicamente com fins de refletir o roteiro da entrevista. “Em geral, esse quadro de linhas e colunas é organizado de acordo com os objetivos do estudo em questão, os temas identificados na transcrição sequencial e as categorias que merecem destaque na análise” (Lacerda, 2018, p. 72).

Ressaltamos que ao adotar a perspectiva construcionista, permite-se revisar o conceito de rigor, concebendo-o como objetividade possível no âmbito da intersubjetividade, haja vista que a interpretação constitui-se num processo de produção de sentidos, emergindo como elemento intrínseco à pesquisa. O rigor passa pela explicitação da posição do(a) pesquisador(a) e implica na reflexão sobre seus valores, interesses, contextos, influências e possibilidades de interpretação, de modo

que a subjetividade da pesquisadora é mais um recurso. À medida que possibilita ao(à) leitor(a) a compreensão dos passos de análise e interpretação (Spink & Lima, 2013), a objetividade é ressignificada como visibilidade.

O processo de análise exige do(a) pesquisador(a) implica dedicação de tempo na escuta das diversas audições e leituras com o intuito de realizar um trabalho criterioso e sistemático (Nascimento *et al.*, 2014). Spink e Lima (2013) postulam que a análise se inicia justamente com essa uma imersão no conjunto de informações obtidas sem enquadrá-las em categorias definidas previamente, seguindo a fluidez do processo interpretativo. As categorias e classificações temáticas fazem parte do processo de análise, entretanto não encerram processos impositivos, pelo contrário, vão emergir do confronto entre os sentidos construídos no processo de pesquisa e de interpretação e àqueles produzidos através da aproximação com as teorias produzidas relativas ao campo de estudo (Lacerda, 2018).

Nascimento *et al.* (2013), ao propor mapas dialógicos atrela-os diretamente ao referencial teórico-metodológico com o qual se trabalha na pesquisa e considera relevante dar visibilidade ao processo de análise e ao contexto de coprodução das práticas discursivas. As autoras acrescentam que, quando se estuda as práticas discursivas o interesse maior é no modo como as pessoas falam, nos repertórios linguísticos usados ao descreverem o mundo em que vivem, assim como nas outras vozes presentificadas nessas falas, textos ou imagens. Em linhas gerais, os mapas dialógicos visibilizam a dialógica presente nos discursos analisados, mas também dão visibilidade aos passos dados na construção da pesquisa. Os mapas dialógicos objetivam sistematizar o processo de análise das práticas discursivas a fim de encontrar os aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentidos (Spink & Lima, 2010). Configuram-se, portanto, como técnicas que possibilitam o processo interativo entre a análise dos conteúdos e a elaboração das categorias, subsidiando o processo de interpretação, facilitando a comunicação dos passos subjacentes ao processo de análise e garantindo a visibilidade dos resultados.

Os mapas dialógicos tanto permitem a visualização do processo de interanimação dialógica e possibilitam a compreensão da dinâmica das trocas discursivas como permitem uma visão de conjunto das temáticas em discussão. Nesse sentido, possibilitam “dar visibilidade à interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, às rupturas, ao processo de produção, a disputas e negociações de

sentidos, às relações de saber-poder e a jogos de posicionamento” (Nascimento *et al.*, 2013, p. 247).

No que se refere à pesquisa em tela, inicialmente foi realizada uma leitura flutuante das transcrições das entrevistas, a fim de definir possíveis categorizações. Posteriormente, foram elaborados mapas dialógicos sobre: os gêneros de fala; os repertórios interpretativos; sobre como as crianças chegam e quais demandas para o serviço; sobre como se realiza a construção do diagnóstico e do plano terapêutico; sobre as implicações do diagnóstico e do uso de medicamentos para a família; e, por fim, como se efetiva a relação com a rede de atenção à criança em sofrimento; cada mapa desses representa uma tabela com seis colunas que representam os(as) participantes da pesquisa e a quantidade de linhas varia de acordo com o tema do mapa. Elaboramos também um mapa referente à observação participante com o objetivo de auxiliar na compreensão e relação com os resultados dos demais mapas. Ainda sobre os mapas dialógicos elaborados durante a pesquisa, cada mapa deve ter categorias específicas determinadas a partir do tema. No apêndice B, temos um exemplo do mapa 1 referente aos repertórios interpretativos; outros exemplos são os mapas 2 e 3 que apresentam eixos temáticos sobre a construção do diagnóstico e plano terapêutico bem como, sobre o processo de medicalização de questões escolares. Ao construir descrições, foram feitos recortes de trechos da transcrição integral das entrevistas, buscando dar visibilidade aos repertórios linguísticos que emergiram de modo a preservar o processo de interanimação dialógica.

Após o término da construção dos mapas, seguimos para a análise desses repertórios a partir do referencial teórico adotado (Spink, 2010, Nascimento *et al.*, 2014; Spink & Lima, 2013), apresentados no próximo capítulo, a fim de ilustrar os sentidos produzidos pelos (as) profissionais participantes acerca da medicalização do sofrimento psíquico de crianças.

Medicalização do sofrimento psíquico infantil no CAPSi: saberes, contradições e (in)possibilidades

Este estudo teve, principalmente, por finalidade analisar a produção de sentidos referentes à medicalização do sofrimento psíquico na infância, por meio de práticas discursivas de profissionais de saúde de um CAPSi da região norte baiana. Cabe destacar que compreender o sentido como um fenômeno sociolinguístico e, consecutivamente, uma construção social, coletiva e interativa, implica necessariamente o posicionamento do(a) pesquisador(a) perante os dados, as teorias e os interlocutores, num processo de negociação continuada de identidades sociais (Spink & Gimenes, 2008; Spink 2010;). Deste modo, reafirmamos que a nossa posição epistemológica desafia o modo tradicional de fazer ciência como produtor de verdades incontestáveis. Ademais, ressaltamos que a análise e discussão acerca das situações vivenciadas no cotidiano do contexto clínico, influenciadas pelas relações de poder, faz-se necessária uma vez que isso produz efeitos diretos na maneira de agir e de viver, bem como nas possíveis formas de superação dos desafios que se apresentam no cotidiano da clínica, neste caso da clínica com as crianças (Pande, 2016).

A descrição e análise das práticas discursivas se deu por meio técnicas e instrumentos que permitem a apreensão de informações, mas, sobretudo, a compreensão de aspectos da dinâmica interacional e dialógica de profissionais do CAPSi, a partir da elaboração dos mapas dialógicos (exemplo no apêndice B). As fontes utilizadas para construí-los, foram: a observação participante (que ocorreu em espaços informais, como sala de espera e refeitório, em que as pessoas conversavam descontraidamente sobre determinados temas que dizem respeito ao processo de trabalho, por exemplo; e em espaços formais, como as reuniões de equipes e discussões de caso clínico); o diário de campo (registros das observações, sobre as impressões e atitudes, incluindo comentários e conversas informais) e as entrevistas semiestruturadas, orientadas por um roteiro (que exigiu leituras e releituras das transcrições).

As disputas de sentidos na literatura e no campo, acerca do fenômeno medicalização do sofrimento psíquico na infância, percebemos que o sofrimento psíquico tomado como transtorno mental, muito alinhado com a lógica dos manuais psiquiátricos (ciências das evidências), enseja estudos que consideram importante a caracterização epidemiológica, a categorização diagnóstica em que crianças, por

exemplo, com transtornos do neurodesenvolvimento, devem ser tratadas preferencialmente pela combinação de psicofármacos e protocolo de intervenções terapêuticas (a exemplo da ABA), e o incentivo da indústria farmacêutica de pesquisas sobre psicotrópicos; estudos das área das ciências sociais e humanas e da Psicanálise (bases teóricas que utilizamos) tendem a problematizar o processo de medicalização das infâncias, por entender as modalidades de sofrimento reduzidos à categorias psiquiátricas, podem mascarar problemas da ordem sociopolítica, por exemplo (Lima, 2020; Caponi *et al.*, 2020; Pande, 2016; Couto & Delgado, 2015; Collares & Moysés, 2010; 1994; Amarante, 2007).

Conforme explorado no referencial teórico, pudemos identificar os Gêneros de Fala presentes no cotidiano no CAPSi, muitas vezes, de confronto entre os gêneros de falas advindos do discurso das políticas de saúde mental/Reforma Psiquiátrica adotado pelos(as) profissionais e os advindos do discurso relacionado ao processo de trabalho, que acontece em grande escala alinhado à cultura biomédica tradicional (formato de ambulatório). Inferimos que isso acaba por reforçar no imaginário social (das famílias e das escolas, por exemplo) que as consultas médicas (medicamentação) ou com outras especialidades (psicoterapia de modo individual) são as mais acertadas formas de atender as necessidades das crianças bem como, garantir a ordem social, em detrimento de outras ações com articulação intersetorial (apoio matricial, construção de PTS, por exemplo).

Em relação a outro aspecto fundamental na nossa análise, elaboramos mapas dialógicos sobre os repertórios interpretativos (exemplo presente no apêndice B) que compõem as práticas discursivas, nos permitindo “apreender a cristalização em discursos institucionalizados, as posições socialmente disponíveis e as estratégias linguísticas utilizadas para nos posicionar na interação” (Spink e Medrado (2000, p. 49). Spink e Medrado (2000, p. 49) pontuam que o sentido, por ser contextualizado, “institui o diálogo contínuo entre sentidos novos e antigos”. Com este entendimento, podemos visibilizar que os sentidos produzidos pelos(as) profissionais do CAPSi os(as) colocam em posições que parecem contrárias ao que está institucionalizado (cultura biomédica hospitalocêntrica e a medicalização do sofrimento), revelando novos sentidos que estão sendo construídos com relação ao cuidado de crianças em sofrimento psíquico (clínica psicossocial), como por exemplo a necessidade de reconhecer as diversas dimensões que interferem no sofrimento e questionar o discurso medicalizador. Em contrapartida, identificamos também posicionamentos

que reforçam os sentidos antigos de assistência ou cuidado às crianças, como: a manutenção da atenção à saúde mental nos moldes de ambulatório, compartimentalização das práticas, com centralidade no saber médico, em detrimento de ações em conjunto que demonstram a fragilidade da interdisciplinaridade e da intersetorialidade (previstas para o CAPSi); ou ainda uma prática que pouco inclui a família como corresponsável do cuidado, atribuindo a ela culpabilização pelos comportamentos “indesejados socialmente”; o que, em alguma medida, pode fortalecer o processo de medicação do sofrimento de crianças.

Partindo dessa análise prévia, neste capítulo abordaremos: os sentidos que envolvem a construção do diagnóstico e o plano terapêutico, o saber médico nos processos de escolarização, a família e a corresponsabilização do cuidado e a rede de atenção à SM da criança; ressaltamos que foram elaborados mapas dialógicos, presentes no apêndice B. Os sentidos visibilizados nas práticas discursivas dos(as) profissionais do CAPSi, estão organizados a partir dos repertórios interpretativos, apresentados em categorias temáticas, a saber: a interdisciplinaridade e “o tomador de decisão”: sentidos que envolvem a construção do diagnóstico e o plano terapêutico; “A escola é a porta de entrada para o CAPSi”: sentidos que envolvem o saber médico nos processos de escolarização; “Um complicador é a família”: sentidos que envolvem a corresponsabilização do cuidado; e, por fim, “Para além dos muros” do CAPSi: sentidos que envolvem a rede de atenção à SM da crianças;

A fim de preservar o anonimato dos(as) participantes, faremos referências logo após o recorte das falas a nomes de brincadeiras infantis (Adedonha, Caça ao tesouro, Amarelinha, Esconde-esconde, Vivo ou morto e Cabo de guerra). A nossa intencionalidade visa marcar que em decorrência do brincar perpassar o tempo das infâncias, a criança, por meio de brincadeiras, descobre, cria e recria experiências e saberes sobre si mesma e sobre o mundo (Rego, 1995); ou seja, concebemos a criança como sujeito social ativo e produtora da cultura; outro ponto importante, é que o brincar também permeia a clínica na infância, e com isso apostamos que a partir do brincar é possível escutar a criança, se aventar em hipóteses diagnóstica enquanto diretriz clínica para conduzir o tratamento, contudo, sem pressa de incluí-la numa classificação nosográfica ou categoria psiquiátrica.

A Interdisciplinaridade e “o Tomador de decisão”: Sentidos Que Envolvem a Construção Do Diagnóstico e o Plano Terapêutico

Consideramos importante rerepresentar o CAPSi, o qual se constitui como a resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado e tratamento ofertado a crianças com sofrimento psíquico intenso e persistente, por meio do paradigma da clínica psicossocial oriundo da Reforma Psiquiátrica (Couto e Delgado, 2015). Nesta perspectiva, está alinhado com os princípios da RP, que em seu aspecto teórico-conceitual pretendem se desfazer das noções de doença, deixando prevalecer o acolhimento do sujeito que experimenta qualquer tipo de sofrimento, sem qualquer exigência de diagnóstico anterior (Pande, 2016).

Esse modelo de cuidado orientado pela compreensão psicossocial do sofrimento psíquico, faz uma importante ruptura com práticas normalizadoras que tomam a patologia como objeto da clínica em detrimento do sujeito. Apesar de reconhecer que o diagnóstico pode ser uma importante ferramenta no cuidado em saúde mental, este não pode se sobrepor ao sujeito e as suas relações com o contexto, de modo que entra em jogo um chamado para desconstruir modos explicativos fechados, cristalizados, simplistas e reducionistas sobre eventuais sintomas e diagnósticos (Pavani *et al.*, 2021). Ou seja, no CAPSi, a prática clínica não deve se pautar em construir uma dimensão patológica em torno das crianças, ou seja, deve ir na contramão da medicalização, patologização e institucionalização. Inclusive, quem busca orientação e tratamento no CAPSi não precisa ser ou estar enquadrada numa classificação diagnóstica.

Localizamos um aspecto importante em fragmentos das falas dos(as) profissionais do CAPSi referente à compreensão do sofrimento psíquico infantil, pois apontam que o sofrimento consiste num evento complexo, influenciado por fatores contextuais como a família, a escola, questões sociais e econômicas. Em alguma medida, o paradigma da atenção psicossocial se materializa pela compreensão de que a produção do sofrimento na infância passa pelo reconhecimento da criança na sua singularidade e a transformação por processos biológicos, sociais e históricos. Ou seja, os sentidos produzidos em relação ao sofrimento psíquico de crianças revelam o reconhecimento das suas múltiplas dimensões, conforme fragmentos das entrevistas, descritos a seguir:

[...]avaliar e tratar uma criança não é fácil. Até porque a criança nunca está só, ela está acompanhada. Então, o sofrimento psíquico da criança é complexo. Isso envolve tanto o entendimento do contexto como seus costumes familiares, questões sociais, econômicas e escolares (Caça ao tesouro).

[...]é muito complexo quando (o atendimento) é com criança. Têm coisas que parece que está atrasado ou parece, mas é só aquela fase assim e quando chega no final de algum estágio ali a gente vê que ela acelera. Às vezes está faltando estímulo (Vivo ou morto).

[..]eu sempre tento ver a criança como protagonista e para ver até onde ela pode. Não é o CID quem diz. Se você rotula, não oferece para ela a condição de avançar (Adedonha).

[...]talvez a alteração ao nível neurobiológico, que implica o aprendizado, foi falta de estimulação e de suporte. Então, hoje, avaliar uma criança com essas demandas é um desafio gigantesco. [...]a gente pode pensar aqui com a questão da tecnologia. Está assim hoje, dá um celular, um tablet para a criança, desde pequena. E essa criança? Ela cresce naquele mundo que impera a tecnologia. Menos vida, menos socialização, menos brincar. Uma visão muito superficial faz com que a gente às vezes interprete aquilo como uma demanda de neurodesenvolvimento, um transtorno mental, um sintoma? Em muitos casos, não são (Caça ao tesouro).

A partir dessas falas, percebemos um comprometimento em construir um modelo de cuidado diferente da clínica tradicional, uma disponibilidade para pensar cada caso na sua singularidade, o que, por conseguinte, pode reverberar no tratamento (atendimentos, discussão do caso, PTS e direcionamentos, ou seja, no acompanhamento) dos sujeitos atendidos. Estudo neste sentido, como o de Maia e Avellar (2013) sobre as “concepções de saúde e doença mental para profissionais de um CAPSi” destaca que a explicação do sofrimento psíquico na infância aparece sob uma ótica pluricausal, entendido como um fenômeno relacional o que exige dos profissionais de saúde considerar as particularidades de crianças.

Apesar de o sofrimento psíquico das crianças se apresentar na compreensão dos(as) profissionais para além de sinais e sintomas, ou seja, a forma de expressão do sofrimento e o seu sentido experiencial levado em conta, nos deparamos com contradições quando nos dedicamos a compreender a construção do diagnóstico e do plano terapêutico. Uma das especificidades da prática clínica no CAPSi, a partir da lógica psicossocial, é que as ações da equipe devem conformar um Projeto Terapêutico singular (PTS), o qual deve ser elaborado em equipe e deve estar em consonância com a realidade de vida de determinada criança e sua família (Leitão, *et*

al., 2020). Geralmente o PTS é dedicado a situações mais complexas, forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (Brasil, 2007). Não obstante fragmentos de conversação dos (as) participantes, no que se refere aos sentidos que envolvem a construção do diagnóstico de crianças e do plano terapêutico das que estão em acompanhamento, há elementos que representam dois paradigmas que se contrapõem, sendo eles o modelo biomédico e a clínica psicossocial.

Os repertórios interpretativos mobilizados por profissionais de saúde ao produzir sentidos referentes à construção diagnóstica do sofrimento psíquico infantil nos dão indicadores de que há uma disputa importante em relação ao paradigma de cuidado oferecido às crianças atendidas no CAPSi (clínica psicossocial X biomédica e tradicional). Ao serem questionados(as) como acontece a construção da hipótese diagnóstica, o fechamento dos diagnósticos e a construção dos planos terapêuticos das crianças que manifestam sofrimento psíquico atendidas no CAPSi, as falas dos (as) profissionais revelam as práticas de cuidado ocorrem no formato ambulatorial, sob interferência do discurso biomédico e tradicional, ou seja, ao contrário dos objetivos equipamento, como podemos observar nos relatos abaixo:

[...]não há um compartilhamento do caso. A equipe não é de conversar, de discutir, de pensar sobre o diagnóstico conjuntamente. [...]em relação aos diagnósticos não são feitos em equipe. Nós trabalhamos num serviço em equipe, mas isolados (Adedonha).

[...] quando o diagnóstico, a avaliação, o processo avaliativo são demandado. Ele é unilateral, está centrado no médico, certo? [...]há uma centralidade no diagnóstico médico (Caça ao Tesouro).

[...] lembrando que se o diagnóstico está centrado no médico, ele sabe mais, em tese. Então, questionar isso é um desafio para a equipe, entendendo que não é algo unilateral. Então, o tomador de decisão, nesse caso, é um profissional médico (Caça ao Tesouro).

Nessas falas, percebemos um discurso em que o cuidado aparece como centrado na figura do médico-psiquiatra, que pode indicar um tensionamento entre o modelo biomédico hegemônico instituído e o modo psicossocial como modelo instituinte. Conforme Dimenstein *et al.* (2010), o cuidado centrado no modelo biomédico ou modelo tradicional hospitalocêntrico e manicomial tem como característica marcante se ancorar no “princípio da doença-cura, atendo-se, preferencialmente, ao aspecto orgânico do sofrimento – fator do qual decorre a ênfase em terapêuticas medicamentosas” (p.1212). Os autores argumentam que as práticas

biomédicas têm como horizonte uma perspectiva de cura e de normatização e normalização das condutas, cuja característica é fragmentar ou segmentar a atenção ao paciente, dentro de uma perspectiva de especialidades múltiplas, mas sem integração, atuando, desse modo, em separado.

Na contramão, o paradigma da clínica psicossocial toma a díade saúde-doença como resultado de processos sociais complexos, “que demanda uma abordagem interdisciplinar e intersetorial e a construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado” (Dimenstein *et al.* 2010, p.1212). Na análise de Dimenstein *et al.* (2010), existe um movimento de reforma psiquiátrica que visa à ruptura do paradigma e um novo modelo de cuidado, mas se depara cotidianamente com a reprodução de práticas, subjetivadas coletivamente, que não encontram momentos de tensão que possam levar a uma mudança de fato, à mudança proposta.

Partindo disso, compreendemos que embora, o CAPSi se apresenta como uma mudança de paradigma na atenção às crianças que manifestam sofrimento psíquico, ou seja, o processo de análise evidenciou a complexidade, os desafios e limitações de se trabalhar de forma interdisciplinar, bem como o reconhecimento da importância e da potencialidade do trabalho em equipe. Se por um lado, os(as) profissionais reafirmam a importância e a necessidade do trabalho em equipe interdisciplinar na área da saúde mental (como preveem as portarias ou referenciais teóricos e técnicos), por outro apontam as lacunas na perspectiva no trabalho interdisciplinar, uma vez que reconhecem que se sentem trabalhando de modo isolado e fragmentado, ou seja, numa lógica que está mais alinhada com a clínica biomédica.

A reestruturação do modelo técnico-assistencial que implica desde o acolhimento à construção do diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção, orientada por um modelo público de atenção que reconheça crianças como sujeitos psíquicos e de direitos e que deve priorizar uma proposta ancorada no trabalho em equipe interdisciplinar, parece encontrar entraves e barreiras no equipamento pesquisado. Chama muito a atenção o fato de que em conversas pontuais e até mesmo nas entrevistas, há uma queixa recorrente sobre a necessidade de o trabalho acontecer conjuntamente, porém falta um movimento coletivo para que isso se modifique (cada profissional com a sua agenda, na sua sala e atendendo individualmente). Esse dado está em consonância com o estudo de Beltrame e Boarini (2013) que apontou que “profissionais do CAPSi tinham dificuldades em organizar um trabalho coletivo tanto internamente, entre os membros da própria

equipe, quanto externamente, em articulação com outros serviços de saúde e com a comunidade” (p.343).

No nosso estudo, exceto em situações que há discussão pontual entre psicopedagoga e médica, psicólogo e assistente social, por exemplo, o prontuário das crianças parece ser a via de comunicação entre a equipe e a construção de diagnósticos é marcada pela centralidade da figura de profissionais da Medicina, conforme recortes das entrevistas. Nisso, buscamos observar os posicionamentos e apreender as percepções que guiam os modos de construção dos diagnósticos e planos terapêuticos dos sujeitos tratados no contexto estudado. Cabe aqui ressaltar que analisar as disputas e negociações de sentidos, as relações de saber-poder e jogos de posicionamento no nosso trabalho tem grande relevância. Como observamos nesta fala:

[...]há uma lógica biomédica, centrada no médico, que se alimenta de uma lógica individual do diagnóstico e do tratamento com psicoterapia. Há pouca estruturação em relação à construção do projeto terapêutico singular, um dos objetivos terapêuticos. [...]não se elabora um projeto terapêutico singular, pensando até que a gente pode oferecer algo para que o usuário possa entender, participar, ter melhora e até ter alta (Caça ao tesouro).

Notamos que diferentemente da clínica psicossocial em que estão previstos atendimentos conjuntos, trocas de informações e planejamento das ações dos diferentes profissionais, como por exemplo a construção do PTS, a perspectiva biomédica se reatualiza, corroborando com o que argumentam Dimenstein et al (2010) de que a base biomédica tende a ser atualizada cotidianamente, demonstrando o seu caráter hegemônico. Conforme observamos, de modo geral, a discussão de caso e compartilhamento de intervenções entre os profissionais ficam secundarizados, os prontuários se apresentam como a via predominante de comunicação entre a equipe, temos uma prática mais alinhada com a lógica biomédica, a qual simplifica os fenômenos do sofrimento na infância.

Estudo retrospectivo de caráter descritivo por meio de coleta em prontuários (Leitão *et al.*, 2020), destaca que o modelo manicomial e prescritivo ainda permeia as práticas nos equipamentos de atenção psicossocial. Para as autoras, “na medida em que são respondidas demandas de normatização no intuito de tamponar o mal-estar que a infância produz no projeto social” (p.8), essas práticas pouco se ocupam das experiências e narrativas de sofrimento psíquico. Consideramos que a criação de

políticas é fundamental, entretanto, realizar uma ruptura com o modelo biomédico e manicomial passa pela mudança de cultura, que ainda é hegemônica. Como sinalizaram Leitão *et al.* (2020), “os muros manicomiais não são apenas físicos, mas culturais e ideológicos, ainda sustentados pela simplificação e pelo mal-uso dos saberes “psi”, os quais frequentemente reproduzem práticas engessadas e ortopédicas” (Leitão, 2020; p.8).

Ainda em relação à centralidade do diagnóstico na figura do médico e a ausência de espaços de compartilhamento e construção dos planos terapêuticos, remete-nos a entraves na dimensão da interdisciplinaridade. A respeito da atuação em equipe multiprofissional e com processo de trabalho interdisciplinar, as falas dos(as) profissionais tangenciam impasses e desafios vivenciados na prática.

[...]de modo geral, a gente precisa de uma equipe interdisciplinar, senão a coisa não anda. E a gente não está conseguindo (Cabo de guerra).

[...]essa questão da relação da equipe é algo muito importante no serviço público, que tem uma lógica de trabalho multiprofissional e interprofissional. Mas a nossa é uma equipe fragilizada porque é uma equipe onde você não conhece o trabalho do colega profissional, né? Então não se trabalha, na minha visão, numa lógica muito compartilhada. Então nós temos um CAPSi que está a serviço de atenção à criança, com vários profissionais de várias dimensões, áreas da saúde, que pouco conversam (Caça ao tesouro).

[...]fazer um diagnóstico em equipe, a gente tem dificuldade. Não senta e discute. Isso já me incomodou bastante, mas com o excesso de demandas, se a gente parar para discutir os casos, a gente não anda. Tem médico que apesar de não discutir os casos, lê o prontuário e considera o que a gente vai evidenciando no acompanhamento (Amarelinha).

[...] aqui roda muito profissional também. A cada gestão, há troca. Às vezes no meio da gestão, sem o fato de colocar os profissionais que estão aqui, que não estão nem aí realmente para aprender, para fazer (Adedonha).

Na nossa análise, podemos inferir que aparentemente além do suposto saber do profissional médico reger o processo de tratamento, nos remetendo que a medicalização tem íntima proximidade com as relações de saber-poder do campo da medicina, levando à interferência do saber médico sobre a vida, e no caso do sofrimento psíquico, por meio do saber psiquiátrico (Foucault, 1978). Acreditamos

também que existem dificuldades para que a interprofissionalidade²³ aconteça, que pode estar relacionada ao excesso de demandas, número de trabalhadores(as) insuficiente, alta rotatividade, condições internas desfavoráveis (como falta de recursos lúdicos), além de outro aspecto que parece bastante importante (repetidas vezes, emergiu), a dificuldade de haver um deslocamento do núcleo de saber para o campo. Conforme observamos no relato abaixo:

[...] consigo discutir os casos com alguns. Ainda existem os detentores de saber. Que não recuam do lugar, que não conseguem se repensar. Isso atrapalha principalmente os pacientes (Amarelinha).

[...]nossas vaidades não permitem o trabalho em equipe. A gente senta para discutir com um ou outro profissional, então a gente fecha juntos (Adedonha).

Considerando que a atenção psicossocial está na interface entre a saúde mental e a saúde coletiva (Dimenstein *et al.*, 2010), podemos retomar ainda que de modo breve, o conceito de núcleo e de campo, proposto por Campos (2000), em que núcleo “demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional” (p.21), ou seja, “no núcleo, há uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar” (p.21). O campo, por sua vez, constitui-se “como um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (Campos, 2000, p.221). O autor faz uma analogia de que núcleos funcionam como “círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto” (p.221).

A noção de núcleo valoriza a democratização das instituições, ou seja, ressalta sua dimensão socialmente construída, sugerindo que a escolha de seus caminhos funcione como uma possibilidade e não como uma ocorrência automática. De outra forma, aos sujeitos não restaria outra opção que a de permanecerem em desestruturação à espera dos automatismos dos campos em fase instituinte; ou, ao contrário, de se prenderem a disciplinas fechadas. Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro (Campos, 2000, p.221).

²³ Para Furtado (2009) a interprofissionalidade seria correlato a interdisciplinaridade, mas diz respeito a práticas voltadas para a solução de problemas empíricos. Segundo o autor, a discussão sobre integração de práticas e saberes tem início de fato a partir do momento em que se incorpora (ou se tenta incorporar) tais princípios nas práticas das equipes (Furtado, 2009, p.1).

Consideramos que esse entrave no que se refere à interdisciplinaridade, pode estar associado à formação dos profissionais de Saúde baseada no modelo biomédico com predominância de cenários com práticas hospitalares e clínicas, perpetuando assim uma assistência individualizada especializada (Almeida *et al.* 2012). Se não existe uma formação acadêmica para a atuação interdisciplinar assim como para atuar nas políticas públicas de saúde mental, temos como consequência o reducionismo biológico e estratificado, fragilização na construção dos conhecimentos que possibilitam o desenvolvimento de habilidades e competências que permitam aos(as) trabalhadores(as) da Saúde intervenções integrais, compartilhadas.

Ainda no que tange à formação dos profissionais da área de saúde, nas palavras Beltrame e Boarini (2013, p.334),

Sem uma técnica norteadora, cada profissional transpõe para o âmbito público aquilo que a formação acadêmica e a cultura existente em torno da profissão estabelecem como padrão hegemônico, ou seja, o atendimento clínico individual. Tal prática gera, não raro, um trabalho fragmentado e uma demanda inadequada para o serviço, descaracterizando a função para a qual se destina o dispositivo (Beltrame & Boarini, 2013, p.334).

Estudo de Farias (2015) evidencia que o exercício da interdisciplinaridade na prática profissional depende de fatores de ordem objetiva, relacionados ao processo de trabalho e de fatores subjetivos inerente ao(à) próprio(a) trabalhador(a).

Ressaltamos que há em alguns momentos, movimento por parte desses(as) profissionais para romperem com práticas fragmentadas, como a fala descrita a seguir:

[...] em alguns casos, nós conseguimos trabalhar de uma forma mais compartilhada. Na minha experiência com a psiquiatria, eu tenho tentado compartilhar alguns casos, principalmente os casos que a gente julga assim muito severos, como vários tipos de psicose e esquizofrenia, que geralmente trata muito sofrimento e implicam a vida de uma pessoa, né? Então esses casos geralmente são compartilhados com a psiquiatria e até então a experiência vem sendo positiva (Caça ao tesouro).

De alguma forma, verificamos que a equipe multiprofissional e com o processo de trabalho interdisciplinar é reconhecida, pelos(as) profissionais do CAPSi, como protagonista no tratamento em saúde mental, o que é bastante interessante já que a transversalidade de saberes deve permear a prática clínica não patologizante e medicalizante, todavia no contexto pesquisado isso fica mais no campo das ideias do

que na sua materialidade. Scarcelli (1999, citado por Beltrame & Boarini, 2013, p. 312-313) pontua que em relação aos conflitos decorrentes do trabalho interdisciplinar, ocorre o seguinte:

“Na tentativa de sanar os conflitos decorrentes do trabalho interdisciplinar, a equipe pode desenvolver suas intervenções de duas formas: ou abandonando “as próprias concepções, abrindo mão da especificidade em função do grupo”, ou buscando “a prevalência de um determinado ponto de vista, o que culmina na incomunicabilidade e impossibilidade de convivência para um projeto comum” (1999, p. 311). No segundo caso, a autora salienta que a prevalência do saber médico ganha destaque, porque, embora seja alvo de críticas por parte dos demais profissionais, “parece apresentar-se como dono de algumas certezas, que muitas vezes chegam a ser estruturantes para a própria equipe” (Scarcelli, 1999, pp. 312-313 citado por Beltrame & Boarini, 2013, p.345).

Estudo realizado por Oliveira (2018) sobre a produção de sentidos e subjetividades relacionadas à interdisciplinaridade e atenção à saúde mental, em três modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Infantojuvenil, CAPS AD e CAPS II), corrobora para problematizarmos aquilo que se apresenta na nossa pesquisa. Para a autora, a “atuação interdisciplinar nos CAPS produz sentidos subjetivos diversos” apontando para a complexidade, os desafios e limitações de se trabalhar de forma interdisciplinar, bem como a importância e a potencialidade do trabalho em equipe. “Se por um lado o CAPS oferece a possibilidade de se avançar na implantação de uma política pública que almeja uma mudança de paradigmas” (p. 71), por outro a implementação dessa política é atravessada por vulnerabilidades e fragilidades – percalços que dificultam a solidificação da mesma.

Furtado (2009) aponta que o trabalho com e entre muitos(as), portanto ação em equipe, não é uma tarefa simples. Para o autor:

“O funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra-equipes que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações” (Furtado, 2009, p.4).

Caponi (2020), num caminho similar, aponta que os(as) profissionais de saúde que desenvolvem sua atuação técnica e seu protagonismo social, no campo da saúde mental, precisam de vigilância epistêmica, constante processo de ação-reflexão-ação,

a fim de evitar a persistência do antigo modelo de poder psiquiátrico, alinhado com ideais moderno e capitalista.

Podemos citar alguns deslocamentos da equipe do CAPSi que demonstram uma aposta na clínica psicossocial: os grupos terapêuticos que são vistos como alternativa às prescrições medicamentosas. De modo geral, quando questionado sobre outras possibilidades de cuidados que o CAPSi oferta, as falas fazem referência aos grupos terapêuticos, no caso da infância se destacam: o grupo Estimular, voltado para crianças com atraso global do desenvolvimento, o grupo Molecada e o grupo Ativamente para crianças com questões de sofrimento e vinculados a problemas escolares, e o Luneta (que acontece fora dos muros do CAPSi, propiciando a circulação das crianças e de suas famílias noutros cenários sociais, como museu por ex.). Os grupos parecem ser uma aposta na potência de encontro, na coletividade, em que circulam elementos fundamentais como: o acolhimento, o vínculo, a escuta, a confiança e o compartilhamento das experiências.

[...]os grupos terapêuticos são uma ferramenta extremamente importante para que a gente consiga englobar os pacientes e, constantemente, eles (grupos) também precisam ser repensados. É um grupo aberto, é um grupo fechado. Esse grupo tem objetivos. Ele tem início, meio e fim. [...]a gente conseguiu manejar um grupo por quatro meses, cinco meses em média, esse grupo ligeiro, produziu efeitos (melhoras), culminando em altas, por exemplo. Então, foi algo bem satisfatório para gente, porque a gente tinha um objetivo, né? E nós tínhamos também participação de residentes, estagiários de psicologia e outros profissionais. Essa comparação do início até o fim do grupo e essa estruturação e alguns tratamentos trazem essa ideia de que o grupo deve ser priorizado ao invés de tratamentos individuais, até porque nosso foco não é trabalhar de forma individual. Nosso foco é sempre oferecer atividades comunitárias, mas que ofereçam bem-estar e saúde (Caça ao tesouro).

Compreendemos que a produção do sofrimento psíquico em crianças se apresenta como uma teia complexa e, pelo mesmo motivo, as respostas têm de ser inventadas a partir do vínculo que a equipe tem com a criança e sua família, no seu trabalho vivo em ato, no cotidiano, a fim de produzir saúde, produzir vida e produzir nela possibilidades de mais dignidade no viver (Merhy,2007). Portanto, a prática clínica precisa promover ações emancipatórias, ou seja, um fazer comprometido com a produção de relações vivificadoras caminha na contramão da institucionalização, da patologização, da medicalização e da estigmatização (Merhy,2007; Onocko-Campos, 2001).

“A Escola é a Porta De Entrada Para o CAPSi”: Sentidos Que Envolvem o Saber Médico Nos Processos De Escolarização

Uma temática que se fez presente durante a observação participante e nas entrevistas diz respeito à medicalização do processo de escolarização das crianças, o que Guarido (2007) chama de psiquiatrização do discurso escolar. Como observamos nos relatos abaixo, as falas nos mostram que a escola tem sido “a porta de entrada do CAPSi”, expressão de uma das participantes que veio a calhar:

[...] acho que a demanda escolar é a que mais chega aqui sem ter perfil para o serviço. A escola é quem mais manda. A escola é a porta de entrada para o CAPSi. Eu brinco todos os dias, a porta de entrada do CAPSi. É a escola, entendeu? (Adedonha).

[...]tem muita demanda da escola que não consegue aprender com dificuldade. Tanto a escola como os próprios pais começam a pressionar para medicar muitas crianças (Cabo de guerra).

[...]as escolas também demandam a classificação diagnóstica e a medicação, principalmente porque essas crianças que não conseguem aprender, que são desatentas, que são hiperativas, são as queixas mais comuns nas escolas. A criança que demonstra uma inquietação, hiperatividade constante, uma criança que não consegue se concentrar é uma criança que tem que ser medicada para que ela seja mais funcional. Então, a urgência maior das escolas geralmente é pela medicação (Caça ao Tesouro).

Chama atenção nessas falas o fato de que a escola aparece como uma das principais instituições que fazem o encaminhamento das crianças ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Salientamos que em muitos casos, as crianças são encaminhadas com diagnósticos prévios, dando a entender que a queixa escolar resulta de uma questão orgânica (individual), aliás um transtorno de aprendizagem que deve ser investigado, tratado e resolvido pela política de saúde, e não um problema de aprendizagem que diz respeito ao processo ensino-aprendizagem. A impressão que temos é que uma criança que se mostra agitada, desinteressada ou mais isolada no ambiente escolar deve ser encaminhada ao CAPSi, com a finalidade de detectar qual é o “distúrbio de comportamento e de aprendizagem”, mas também responder ao impasse apresentado, ou seja, resolvê-lo.

Segundo relatos, além das questões de aprendizagem tem chegado muita criança com o diagnóstico de TEA, como podemos observar a seguir:

[...]têm muitos casos de autismo que chegam (Esconde-esconde)

[...]o problema é dos profissionais da saúde, porque tem autismo. A gente está colocando o autismo, que hoje é o carro chefe daqui, mas pode ser um TDAH, um TOD (Adedonha).

[...]os casos com autismo estão aumentando cada vez mais em relação à procura. E a gente sofre muito com isso, porque nós não temos um serviço que consiga responder a demanda (Caça ao tesouro).

Importante ressaltar que além das escolas, o serviço de neuropediatria do município tem encaminhado muitas crianças com diagnóstico de TEA (destacado noutro eixo). Em relação às demandas oriundas da escola, os aspectos identificados em nosso estudo, corroboram com outras pesquisas que demonstram que parcela significativa de encaminhamentos aos CAPSi está relacionada às dificuldades nos contextos escolares (Beltrame & Boarini, 2013; Delfini *et al.*, 2009; Sodr e et al, 2020; Joia, 2021). Estudo de Joia (2021) mostra que crianças imigrantes com dificuldades na aquisição da fala, na interação social e com pouco repertório no brincar, são encaminhadas ao CAPSi, majoritariamente pelas escolas. A autora discute, no seu trabalho, a tendência de reduzir os impasses apresentados pelas crianças ao TEA, uma vez que, isso contribui para cristalização uma compreensão reducionista e dificulta a diferenciação e singularização dos casos.

De acordo com o estudo de Sodr e *et al.* (2021), os encaminhamentos das queixas escolares para os equipamentos de saúde mental, acontecem porque professores(as) entendem que psicólogos(as) e psicopedagogos(as), por exemplo, det m instrumentos para melhor acessar a criança e identificar a natureza do problema de aprendizagem.

Questionamos se seria o saber médico-psiquiátrico e outras especialidades do CAPSi, aqueles que darão conta daquilo que a escola não consegue? Chama a atenção o fato de que quando os(as) profissionais da saúde do CAPSi falam sobre o lugar que a escola tem ocupado, demonstram compreender que práticas medicalizantes disseminadas, dentro e fora das escolas, encobrem problemas maiores de ordem social, cultural e econ mica. E que para além disso, interrogam a perspectiva médico-clínica de aprendizagem, a qual fortalece uma visão biologicista e patologizante.

Conforme pesquisa de Sodr e *et al.*, (2021), o CAPSi acaba absorvendo a maior parte dos casos relacionados à queixa escolar, de forma que poucos alunos são atendidos pelas professoras de AEE. A equipe do CAPSi recebe, muitas vezes,

encaminhamentos oriundos das escolas, endereçados aos(às) psicólogos(as) e psiquiatras para avaliação e intervenção em escolares não apenas com problemas emocionais ou com suspeita de alguma psicopatologia, mas também com problemas de aprendizagem, por exemplo.

Interessante pontuar que no município, existe um equipamento vinculado à secretaria de educação, cuja função é atender alunos(as) das escolas municipais com problemas de aprendizagem, entretanto apenas as escolas podem fazer os encaminhamentos. Ou seja, o CAPSi não consegue encaminhar para o serviço específico, dando indícios que o diálogo intersetorial anda comprometido, interferindo no fluxo e, conseqüentemente, nas crianças, famílias e no serviço de saúde mental. Importante salientar que se as escolas, cujo olhar muitas vezes transforma dificuldades de aprendizagem em demanda de tratamento endereçadas ao CAPSi, este, por sua vez, ao reconhecer que não se trata de uma demanda para o serviço, precisa intervir junto à escola a fim de desconstruir essa demanda de tratamento (Brasil, 2005).

Kamers (2018) pontua que a escola emergiu na Modernidade como dispositivo disciplinar e agencia ainda hoje a instância médico-psiquiátrica sobre a família e sobre a criança, construindo verdades e organizando os modos ideais de ser criança. Dessa forma, “a escola tem se tornado o dispositivo regulador da inclusão/exclusão da criança no domínio do saber médico-psiquiátrico” (Kamers, 2013, p.154), o que tem culminado no aumento do número de diagnósticos na infância (dentre eles, TDAH, TEA e TOD), e, portanto, a conseqüente medicalização da criança em idade escolar. Kamers (2013) assinala que o discurso médico-psiquiátrico sustenta a promessa de que o mal-estar pode ser codificado em doença assim como a ideia de que a prescrição de um medicamento combinada às terapias, de evidências científicas, pode conduzir a criança ao lugar ideal.

Conforme o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2019), a medicalização acaba criando e legitimando padrões estáticos, não raros calcados na biologização e essencialização da experiência humana, assim como com o seu caráter individualizante produz:

“A aceitação desses padrões que alimenta e fortalece a crença generalizada de que cabe a cada um esforçar-se para se ajustar, de forma que aqueles que não se adaptam são indesejáveis, desvalorizados, descartáveis. Seus destinos, então, os dividem entre aqueles que são tratáveis/educáveis/corrigíveis/controláveis, sobretudo

por meio de políticas educacionais, jurídicas, penais, de saúde e assistência social, e os que simplesmente podem ser eliminados, por serem (vistos como) supérfluos ou mesmo abomináveis aos interesses do sistema vigente “(Fórum, 2019, p.12).

Ferreira (2015) pontua que “desde o final do séc. XIX e começo do séc. XX, preceitos para uma aprendizagem adequada vêm sendo normatizados e, por conseguinte, a relação de ensino-aprendizagem, bem como todas as relações existentes no espaço escolar acabam atravessadas por um processo de vigilância, que delimita condutas e leva a uma padronização. Todavia, “a escola não consegue sustentar seu modelo disciplinar somente pela pedagogização” (p.594), e acaba por demandar a interferência de outros mecanismos de poder normatizadores, a fim de cumprir o seu papel como instituição (Ferreira,2015). Ainda nessa perspectiva, o autor citando Moysés (2008), assinala que as estratégias biopolíticas – medicalização – aparecem para as escolas como portadoras das soluções, dando a impressão que o discurso médico-psiquiátrico está no domínio dos super-heróis, ou seja, salvador da instituição escolar.

Moysés e Collares (2013) afirmam que a normatização da vida, isto é, o que escapa às normas e o que não funciona bem deve ser transformado em doenças e distúrbios, de modo que explicações unilaterais, como: “cérebros disfuncionais são a causa da violência. Cérebros disléxicos e baixo QI ²⁴justificam o fracasso da escola” (p.12) acabam por reduzir a vida ao seu substrato biológico, o que certamente produz efeitos nos processos de subjetivação de crianças. Leituras simplistas frente a complexidade e singularidade das infâncias, com a presença de enquadramento diagnóstico, podem se tornar fator de vulnerabilidade, restringir possibilidades e potencialidades da criança (Caliman, 2016).

Caponi *et al.* (2020) assinalam que há diversos saberes especializados referidos ao domínio da infância que defendem estratégias preventivas em relação à identificação prematura dos problemas de comportamento, à socialização e à aprendizagem escolar, e que sustentam o argumento de que isso permite evitar transtornos psiquiátricos irreversíveis na vida adulta, assim como evitar tanto a

²⁴ A Escala de Adaptação americana da escala -4 Binet-Simon, realizada por L. Terman da Universidade de Stanford, em 1917, usou pela primeira vez a noção de QI (Quociente de Inteligência) cuja função é medir o atraso intelectual que não permite uma pessoa responder às exigências do meio. O seu diagnóstico faz-se a partir de testes que medem o QI. Para um certo número de casos em que existe uma debilidade profunda ($30 < Q_i < 50$), a sua causa é muitas vezes orgânica; no caso da debilidade ligeira ($50 < Q_i < 75$), esta está associada à transmissão genética de inaptidões intelectuais ou, o que é mais comum, a um meio socioeconómico desfavorável (Dicionário de Psicologia, 1996).

cronicidade de patologias psíquicas como a emergência, na vida adulta, de conflitos disruptivos da ordem social.

De alguma maneira, Caponi *et al.* (2020) partem da compreensão de que “é possível prever descaminhos considerados nocivos para o que definem como sendo o desenvolvimento normal de uma criança” (p.8), criando, portanto, uma posição hegemônica no imaginário social do que deve ser definido como “criança normal” (p.8). Uma ressalva importante é que a nossa proposta dialoga com a posição de que para compreender as dimensões de sofrimento psíquico na infância, se faz necessário ofertar espaço de acolhimento, de escuta e fala, mediado por um olhar singularizado para a criança e sua história. Noutras palavras, vamos de encontro à lógica de normatização, que partem de parâmetros universais.

Lima (2020) nos adverte de que a medicalização, psiquiatrização, patologização e farmacologização estão relacionadas aos contextos históricos nos quais são engendradas, de modo que não podemos deixar de refletir sobre os valores, percepções e ideais do mundo atual. A supervalorização de determinados diagnósticos, a qual se sobressaiu com a publicação de manuais psiquiátricos como o DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), cujo objetivo parece ser transformar comportamentos que podem ser passageiros ou transitórios em sintomas psicopatológicos/diagnósticos psiquiátricos na infância, certamente tem influenciado quem olha, o que olha e como se olha no cotidiano escolar, assim como nos demais contextos.

Nesse sentido, por considerar que os processos políticos e sociais em torno de tais questões precisam ser considerados, fomos convocadas a pensar sobre a Pandemia de Covid-19 e os seus efeitos na vida das crianças assim como rebater o discurso normatizador que individualiza, tirando o foco mais abrangente dos processos de constituição subjetiva e social. Nos relatos abaixo, podemos observar como os(as) profissionais do CAPSi falam a respeito da pandemia e dos seus efeitos (como a manifestação de impasses nos processos escolares):

[...] chamo filhos da pandemia...muita criança não teve interação, comunicação, socialização...imagine uma criança sem tudo isso! Fica fácil agora chegar aqui com o diagnóstico autismo, precisamos estar atentos que é uma questão isolada, um sintoma isolado como atraso na fala” não é autismo (Amarelinha).

[...] essas crianças que passaram por esse período mais tortuoso [pandemia] que foi o isolamento, elas retornam à escola e a escola demanda habilidades delas, habilidades de socialização, de

apresentação. Mas a gente tem que lembrar que o período da pandemia foi um período também de sofrimento emocional e talvez no manejo não houve um manejo para muitas crianças, principalmente crianças carentes, sem acesso a serviços de saúde (Caça ao Tesouro).

[...]depois da pandemia de maneira geral, não só crianças e adolescentes, mas com o isolamento social, as pessoas trancadas passaram a usar mais celular em casa. Algumas crianças que estavam lá naquele período, quando começou a pandemia, tinham um ano ou nasceram no período, ficaram sem ir para a escola, sem contato. [...]a criança não consegue interagir, a fala está completamente atrasada. E aí essa pandemia evidenciou mais o problema. A percepção que eu tenho é como se os casos aumentassem e têm chegado muito autismo, por exemplo (Vivo ou morto).

Os relatos explicitam que os(as) profissionais do CAPSi estão advertidos(as) de que a pandemia deve ser levada em conta, quando se avalia e intervém no acolhimento e atendimentos de crianças que manifestam sofrimento, uma vez que, diversas marcas impressas nos processos de subjetivação das mesmas podem estar relacionadas a esse acontecimento mundial. Com a suspensão abrupta das atividades escolares, por exemplo, as crianças tiveram seu cotidiano inesperadamente transformado, e muitas delas passaram a apresentar mudanças no comportamento, inclusive entidades governamentais e não governamentais nos alertam para os impactos da COVID-19 na vida do público infantojuvenil, dentre eles: prejuízos nos âmbitos do aprendizado, relações sociais e saúde mental, assim como no desenvolvimento global (Fundação Oswaldo Cruz, 2020; Unicef, 2020). Quando os(as) participantes produzem sentidos acerca de como as crianças têm se apresentado no pós-pandemia, parecem compreender que o processo de atribuição de um diagnóstico às crianças pode ser precipitado, quiçá equivocado, quando dissociado do tempo, dos espaços geográfico e social –da história (Moysés & Collares, 2013).

Outro aspecto que merece destaque se refere ao campo de tensionamento produzido frente a demanda pelo diagnóstico e elaboração de laudos por parte das escolas. Conforme Joia (2021), práticas e discursos por parte das escolas, que condicionam o acesso de crianças a recursos escolares de apoio especializado à apresentação de laudo médico com diagnóstico, classificado através da Classificação Internacional de Doenças (CID), revelam uma tendência a tomar situações problemáticas ou não compreendidas como sinal da presença de uma psicopatologia.

Nos relatos abaixo, após serem questionados sobre o que demandam as escolas, podemos observar que:

[...] do lado de lá da escola, é uma exigência. A escola precisa do diagnóstico, precisa do laudo, para a criança ter mediadora, para ir ao AEE (Vivo ou morto).

[...]ontem mesmo a mãe daquela criança veio aqui porque precisava pegar um laudo, porque o filho não está aprendendo na escola e porque ele não tem auxiliar (Esconde-esconde).

De acordo com relatos dos(as) participantes, inferimos que eles(as) parecem compreender que a exigência do diagnóstico e laudos pela escola denota uma saída rápida na solução de comportamentos indesejados, tomados (pela escola) como patológicos e que devem ser medicamentalizados (como, por exemplo, não-aprender-na-escola e/ou não-ficar-quieto-na-escola). Não à toa, uma grande quantidade de crianças toma comprimidos como “Concerta” (nome comercial do cloridrato de metilfenidato), apenas em horários escolares. Inferimos ainda que a relação entre educação inclusiva e saúde mental parece se fechar ao uso de psicofármacos, e nos casos de autismo e TDAH previsto em Lei para ser assistidos por práticas inclusivas, sala de recursos multifuncionais, os centros de reabilitação, o núcleo de atendimento psicossocial e inclusão (NAPSI) da Secretaria de Educação não fazem parte dessa discussão.

De algum modo, quando há esse olhar atento e aberto para aspectos como este, efeitos podem ser produzidos na prática clínica ofertada à criança, como a singularização do cuidado e a leitura macropolítica. No entanto, percebemos contradições visto que, em alguma medida, há profissionais do CAPSi que entendem que tem que responder à demanda escolar, por exemplo, quando questionados(as) sobre as implicações dos laudos (diagnósticos) e o uso de medicamentos na vida da criança com a escola, as falas apontam o seguinte:

[...]eu acho que realmente precisa do laudo. [...]com certeza, porque se retarda o diagnóstico, retarda a condução (Cabo de guerra).

[...]tanto a escola como os próprios pais começam a pressionar para que se medique muitas crianças. Você, medica para ver se contém um pouco (Cabo de guerra).

[...] escola precisa do diagnóstico, precisa de um acompanhante dessa criança, tem que está no laudo. Aí fica a pressão com os pais e os pais trazem a pressão para o serviço (Vivo ou morto)

Identificamos que a demanda por diagnóstico de crianças que chegam ao CAPSi por meio das escolas se ancora numa racionalidade médico hegemônica e de

especialidades, ora psiquiátrica ora psicológica. Considerando as falas, podemos interpretar como o processo de medicalização da educação pode estar relacionado com as exigências de produtividade oriundas das escolas, as quais influenciam significativamente naquilo que se espera do desenvolvimento e da performance da criança. A prescrição de medicamentos (psicotrópicos) para crianças parece acontecer também mediante exigências da escola, como se o avanço na escola ficasse fadado ao laudo. Noutras palavras, evidenciam-se as facetas da medicalização da vida, através prescrição de medicamentos àqueles(as) que precisam se ajustar, se adaptar na escola.

Ressaltamos que há aquelas crianças que precisam da medicação devido ao quadro clínico, para que possam se beneficiar de estar no ambiente escolar, o problema é quando fica preso à questão queixa-conduta, médico-psicofarmacológico e não há espaço para equipe atuar de modo interprofissional e intersetorial. Qual é o pai, mãe ou cuidador(a) que não quer uma criança saudável, que possa estudar e trabalhar futuramente? Retomando o que Foucault afirma “à patologia se converte em uma forma geral de regulação da sociedade” (2010, p. 186) parece fazer jus ao contexto.

Ao dar lugar ao diagnóstico e à medicamentação como único meio para a produtividade e a normalização, o CAPSi pode acabar deixando a escola ainda mais refém da lógica medicalizante, dependente do discurso médico e de outras especialidades (normatização, controle, docilização e disciplina dos corpos de crianças). Entretanto, é interessante quando observamos como os(as) profissionais questionam e constroem um campo de disputas em relação à função da categorização diagnóstica.

Primeiro porque apontam para uma direção de centralizar o olhar no sujeito, tão necessária a partir do paradigma da clínica psicossocial, depois por entender que problemas pedagógicos não devem ser tomados como questão biológica e médica.

Ademais, reconhecem que muitas vezes este diagnóstico não tem relação com a superação das dificuldades de aprendizagem e/ou controle dos comportamentos, mas sim o papel de encobrir outras questões, como por exemplo a dificuldade da escola ou a garantia de direitos (acesso ao atendimento educacional especializado,

profissional de apoio escolar, transporte escolar e ao benefício de prestação continuada–BPC²⁵, por exemplo).

“Um Complicador é a Família”: Sentidos Que Envolvem o Lugar Da Família e a Corresponsabilização Do Cuidado

Do roteiro da entrevista, dois questionamentos incidem diretamente no tema família: a primeira, sobre os efeitos do diagnóstico e do acompanhamento na relação da criança com a própria família; a segunda, sobre como a família se apresenta frente a prescrição dos psicotrópicos. Convém, entretanto, assinalar que o eixo temático família apareceu tanto nas observações participantes quanto nas entrevistas, nos permitindo identificar as relações de saber-poder e jogos de posicionamento frente a medicalização da infância e mais uma vez, identificar o tensionamento entre os modelos de cuidado ofertados às crianças atendidas no CAPSi.

Conforme explorado no referencial teórico, entendemos que a produção de sentidos se constrói em um processo complexo de natureza intersubjetiva e se revela nas práticas discursivas. Em vista disso, pudemos apreender os sentidos produzidos pelos (as) profissionais do CAPSi referente ao lugar da família no processo de acompanhamento das crianças em sofrimento psíquico, que nos parecem relevantes para problematizar a sua interface com fenômeno da medicalização da infância.

Bustamante e Onocko-campos (2020) assinalam que compreender os desafios envolvidos no trabalho com a família nos CAPSi implica numa reflexão acerca de como a família vem sendo pensada na sociedade brasileira. No Brasil do início do século XX, o movimento higienista exerceu um papel central na intervenção sobre as famílias, embasado no campo médico-científico e na educação (Brasil, 2005). O Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil (Brasil, 2005, p.10) considera que:

Historicamente, o vazio no campo da atenção pública para crianças e jovens em sofrimento psíquico e a falta de uma diretriz política para instituir o cuidado nesta área foram preenchidos por instituições, na sua maioria de natureza privada e/ou filantrópica, que, durante muitos anos, foram as únicas opções de acompanhamento, orientação e/ou

²⁵ O Benefício de Prestação Continuada – BPC, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é a garantia de um salário-mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. No caso da pessoa com deficiência, esta condição tem de ser capaz de lhe causar impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos), que a impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Recuperado em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>

atenção dirigidas às crianças, aos jovens e aos seus familiares (Brasil, 2005, p.10).

Essa lacuna histórica marcada pela ausência de uma política de saúde mental voltada para crianças produziu consequências para além da ausência do tratamento, mas também na oferta de tratamento inadequado (Brasil, 2005). Dimenstein *et al.* (2010) ressaltam que “desde o século XIX, o Estado tem direcionado seus esforços no sentido de ter a família como aliada e multiplicadora de seus princípios visando à produção de um ordenamento social” (p.1214).

Como dito anteriormente, a história da psiquiatria brasileira tem vínculo com a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), cuja forte atuação no contexto teórico e assistencial dos anos 20 e 30 do século passado, tomou a infância como objeto privilegiado de intervenção (difundindo a concepção de criança saudável, física e mentalmente, para no futuro se tornar um adulto equilibrado) (Moura & Boarini, 2012). Ressaltamos que “a higiene mental trouxe à tona problemas sérios relacionados à infância, tais como os altos índices de mortalidade, desnutrição, abandono, problemas de aprendizagem e de comportamento escolar, falhas no desenvolvimento, transmissão congênita e hereditária de doenças, falta de cuidados gerais” (Moura & Boarini, 2012, p.227). Todavia, conforme as autoras, os higienistas acreditavam grande parte dos problemas vivenciados na infância poderiam ser solucionados por meio da boa instrução dos pais e educadores(as) no trato com as crianças. Essa explicação naturalizante e unilateral para questões sociais, nas palavras de Moura e Boarini (2012) os higienistas desconsideravam que “antes de levar as mãos à torneira para serem lavadas, era (é) preciso fazer chegar a água na torneira” (p. 227).

Schechtman/Brasil (2005, p.26) pontua que “a psiquiatria se fantasiou de higiene mental, que se definiu como moral universal do amanhã”, e engendrou a ideia de que “a educação de uma criança deveria sempre ser feita de um modo científico, cabendo à família o dever de sempre recorrer ao seu médico para que lhe orientasse” (Brasil, 2005, p. 26). Com o entendimento normalizador sobre a educação, seria necessário moldar a criança em um futuro adulto saudável, culminando em intervenções e controle sobre os pais, por meio de orientação de especialista às famílias. Segundo Schechtman/Brasil (2005, p.28), houve uma permanente tentativa de consolidar “um espaço social ampliado de intervenção especializada, de constituição de um campo de trabalho: criar e educar os filhos transformou-se em

missão científica complexa, difícil, senão impossível, de ser cumprida a contento por meros e leigos pais” (p.28).

As ações dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil atravessaram um século de história circunscritas a um ideário de proteção, que, paradoxalmente, redundou na construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e em uma concepção segmentada, não integradora, da população infanto-juvenil. Ao mesmo tempo em que o início do século XX propagou a importância da assistência a crianças e adolescentes, principalmente porque elas representavam um futuro diferenciado para a nação brasileira, engendrou-se um conjunto de medidas, calcadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, que expandiu sobremaneira a oferta de instituições fechadas para o cuidado de crianças e adolescentes, em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico. O discurso hegemônico sobre a importância da criança na organização da sociedade republicana não teve como correspondente a tomada de responsabilidade do Estado que, por outro lado, oficializava o modelo em curso e a concepção da criança a ser assistida: a deficiente social (pobre), deficiente mental e deficiente moral (delinquente) (Brasil, 2005, p.7).

Após um século, muitas mudanças no campo da saúde mental aconteceram, talvez uma das que podemos considerar como um grande marco nessa área, se deu com a institucionalidade da Lei n.º 10.216, de 6/4/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). No campo específico da Saúde Mental Infantojuvenil, podemos trazer a Portaria nº 336 do MS/2002, que referendou a criação do CAPSi, que funciona como porta de entrada da rede assistencial às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente, assim como tem a responsabilidade pela organização da demanda e da rede de cuidados no território (Brasil, 2004; Couto; Duarte & Delgado, 2008).

Importante salientar que o nosso intuito não se relaciona à comparação destes períodos históricos (a higiene mental/ LBHM e as atuais propostas de saúde mental voltadas para crianças e suas famílias, a exemplo do CAPSi), entretanto reconhecemos que esse resgate histórico das intervenções da LBHM sobre a infância e família pode nos auxiliar a problematizar e analisar os discursos que têm sido construídos sobre o lugar da família no cotidiano do contexto pesquisado.

As ações do CAPSi devem ser consonantes com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, que envolvem por exemplo: as propostas terapêuticas, as quais

tem que ser embasadas na atenção integral, voltada para a reinserção familiar, social e cultural, ou seja, entra em jogo o fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares); a corresponsabilização do cuidado com os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda (Brasil, 2005). A RAPS prevista pela Portaria 3088/2011 reafirmou a importância de todos os pontos de atenção à saúde mental bem como, outras políticas sociais desenvolverem ações voltadas para o grupo familiar (Brasil, 2011).

Nessa perspectiva, a família deve ser chamada a atuar como corresponsável pelo cuidado e reinserção social de seus membros (Brasil, 2002; Brasil, 2005; Brasil, 2011). A aposta é que por meio de investimentos e a manutenção no diálogo entre profissionais e familiares, se dá a construção e o fortalecimento de vínculo, e, conseqüentemente, a corresponsabilização do cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, no caso do CAPSi das crianças. No entanto, observamos desencontros entre a teoria e a prática à medida que visibilizamos estes repertórios interpretativos: “tem aí um complicador, que se chama família”, “a família não tem estrutura”, “a família não tem educação”, “não consegue educar a criança”, “acho que falta muito a família”, “a mamãe é a causa do problema”. As falas dos(as) profissionais sobre como se sentem trabalhando com as crianças revelam que existe um ideal de família que não condiz com as famílias ‘reais’ atendidas no serviço, como podemos observar:

[...]quando a gente trabalha com o infantojuvenil, a gente tem aí um complicador que deveria ser um facilitador, chama-se família. [...]percebo o manejo familiar inadequado, muitas vezes por negligência e muitas vezes por excesso (de proteção), e algumas vezes também por ignorância (Adedonha).

[...]no caso do atendimento das crianças é mais complicado, porque tem o contexto familiar que não contribui tanto... porque a própria família, às vezes a conduta, digamos, da família, já têm pessoas ali que são violentas, são agressivas. Com a proximidade da família, a criança aprende tudo aquilo ali, naquele ambiente. Ela se comporta de um jeito que não aceita regras e acha que em todos os lugares pode desafiar. E às vezes não é a conduta (dela), é a família. Na família não tem estrutura, a família não tem educação, não consegue educar a criança e a medicação fica. A própria família não consegue colocar horários, a família não consegue colocar limite (Vivo ou morto).

[...]os próprios pais começam a pressionar para que se medique as crianças. A medicação contém um pouco. Mas mamãe é a causa do problema (Cabo de Guerra).

A partir dos relatos supracitados, questionamos: se os familiares devem ser incluídos na divisão cotidiana do cuidado da criança em sofrimento psíquico, ou seja, por meio de corresponsabilização do cuidado, em que medida um olhar que culpabiliza a família tem relação com o processo de medicalização da infância? A impressão que temos é que, ainda que, sob novas roupagens, o olhar culpabilizador sobre a família segue, em alguma medida, atual. Evidentemente o que acontece nas relações familiares interfere no modo de pensar, de sentir e de agir dos sujeitos, entretanto uma visão que culpabiliza a família desconsidera as contradições sócio-históricas existentes numa sociedade como a nossa (capitalista), os quais interferem fortemente nos modos de sociabilidades e nos contextos familiares (Moura & Boarini, 2012; Caponi *et al.*, 2020).

Este entendimento nos remete a Dimenstein *et al.* (2010) que sustenta que “uma aliança pautada em perspectivas etnocêntricas e normativas acerca dos modelos familiares, do seu funcionamento, da sua dinâmica social e psicológica, bem como dos modos como cuidam uns dos outros” (p.1214) sempre esteve presente no campo da saúde pública, sendo evidenciado em políticas sociais mais recentes, como no SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Para os autores, os saberes e práticas familiares “foram desconsiderados, tornando-os meros consumidores de prescrições calcadas no modelo biomédico e coadjuvantes dos mais diversos especialistas” (Dimenstein *et al.*, 2010, p.1214).

De alguma forma, isso também parece legitimar a ideia de que famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica (maioria atendida no CAPSi) não sabem educar as crianças, necessitando, portanto, de práticas tutelares. Para fundamentar esse argumento, durante muitas conversas formais e informais com os(as) profissionais, emergiu com recorrência algo que parafraseamos, como: “tem que fazer orientação parental²⁶ às famílias”, não no sentido de promover espaço de escuta, acolhimento e orientação, mas sim de caráter de prescrição ou de treino parental cujo objetivo se baseia na modificação do contexto familiar em que a criança está inserida, além dos comportamentos ‘disfuncionais e disruptivos apresentados pela criança (Benites *et al.*, 2021).

²⁶ A orientação parental ou treino parental tem o objetivo de modificar o contexto familiar no qual as crianças estão inseridas como forma de potencializar mudanças em seu comportamento. As intervenções são baseadas na premissa de que a mudança de comportamento da criança não será tão efetiva ou mantida a longo prazo quando não for acompanhada de treino parental (Henneberger, Varga, Moudy, & Tolan, 2016 citado por Benites, *et al.*, 2021).

Para contextualizar, observamos o relato abaixo:

[...] A mulher passou a trabalhar na rua. Isso é uma coisa bem real na nossa realidade. A gente chega cansada, sim. O parceiro não divide com você, isso na classe baixa, “tadinha”, onde 51% das chefes da família são as mães. A mãe chega cansada. Qual a mãe que vai ter paciência de dizer ao filho que não faça determinada coisa... ela deixa porque não aguenta mais. [...] desde a infância, com as famílias tem que fazer orientação parental, que é uma coisa que eu falo muito, porque a parte da orientação parental é fundamental (Cabo de guerra).

Rotular as famílias e responsabilizá-las pelas manifestações clínicas apresentadas pela criança pode ser simplista visto que a orientação ou treino parental parecem práticas fechadas em si e com certa determinação de linearidade. A impressão é que soa como verdade acerca da forma que tem que se viver em família, de como tem que ser as regras, a partir de ‘modelos ideais’ de família,²⁷ que ao não serem alcançados, produzem “sujeitos ‘desviantes’ e ‘desajustados’ à norma social estabelecida” (Moura & Boarini, 2012, p. 233). Entendemos que essas atitudes são marcas que resistem ao tempo e à forma de cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, porque parece localizar na família a causa de um problema que é amplo complexo haja vista as interferências de diversas questões histórico-sociais e políticas. De alguma maneira, a suposição de que uma prática prescritiva para a família poderia resolver os problemas comportamentais das crianças se equivale à pressuposição de que a medicamentação seria a fórmula mágica (para deixar tudo bem em casa, na escola e no mundo). Não existem “receitas” ou “modelos” predefinidos para a vida que acontece em ato, talvez ofertar um espaço em que essas famílias também possam expressar as suas potencialidades, o que fazem para enfrentar tantas adversidades e inventar soluções ou ainda para tomar consciência dos seus direitos podem ser muito relevantes para elas e para os(as) profissionais, e em especial para as crianças.

²⁷ Parte-se sempre do pressuposto de um papel ideal e universal da família, aquele protetivo (das funções especializadas na formação da personalidade, educação e socialização, tal como definidas por Parsons, como típicas da família nuclear), que a caracteriza e que deve ser desempenhado independentemente dos seus formatos, das condições de vida e acesso aos serviços sociais. (Teixeira, 2009, p. 259). Esse ideal de família e a o seu desencontro com a família real institui no estigma da “família desestruturada/desorganiza”. Este discurso pronto do que é família, amplamente divulgado pela mídia, enraizou-se no imaginário social e leva a crença de uma família padrão, calcada na harmonia e na ordem. Contudo, faz-se o alerta: “de que família estamos falando, de que país, de que estrato social, de que momento. [...] Os grandes esquemas conceituais e explicativos revelam-se falhos quando confrontados com a realidade” (Mello, 1995, p. 53).

Acreditamos que práticas atravessadas por sentidos normalizadores podem reforçar na família o sentimento de culpa, vergonha e desvalorização pelo fracasso em sua forma de agir e educar, conseqüentemente, para lidar com o(a) filho em sofrimento psíquico. A família vivencia situações, muitas vezes, para as quais não se sente preparada, e implicá-la, ou seja, envolvê-la cotidiana e de modo ativo (protagonista) no processo de acompanhamento da criança pode possibilitar que a mesma assuma a sua responsabilidade no processo, ou seja, assumo seu o lugar de corresponsável do cuidado (Brasil, 2013). Inclusive uma fala de um(a) participante sobre a demanda de medicação pela família, revela justamente isso, como veremos abaixo:

Essa demanda psiquiátrica, ela continua sendo o ponto principal que traz as famílias até o CAPSi, talvez para controle, por não saber lidar, não ter talvez recursos para lidar com aquela demanda (comportamento da criança). Então ela, essa criança, ela precisa estar controlada. Porque é muito desafiador lidar com essas crianças, então eu (familiar) preciso de uma medicação, porque essa criança não para quieta, ela quebra tudo. Ela chora no meio de todo mundo. Então ela tem que estar controlada (Caça ao tesouro).

Seguindo nessa discussão referente à família diante da prescrição de medicamento e das classificações diagnósticas, os relatos dos(as) participantes apontam que há procura maior por atendimento por parte das famílias com a psiquiatria (prescrição de medicamentos e elaboração de laudos) assim como atendimentos com profissionais da psicologia (psicoterapia). Segundo relatos, de modo geral, as famílias aderem ao medicamento exceto nas situações em que não podem comprar porque alguns psicotrópicos não são disponibilizados pela farmácia básica (por ex., metilfenidato); em relação aos efeitos do diagnóstico para a criança e sua relação com a família, percebemos diversos sentidos: ora como interesse pelo benefício ora como garantia direitos (BPC ou acesso ao AEE) ora como sentença/desresponsabilização para educar a criança. Nos relatos abaixo, podemos observar as seguintes falas:

[...]tem família que coloca o transtorno à frente da criança e não chega a uma criança, chega um autista. Então a família meio que confunde: 'não vou bater tanto de frente porque ele tem autismo, porque ele tem TDAH a porque ele tem TOD'. [...]muitas famílias demandam pela medicação e é um desafio para a gente psico educar sobre isso e sobre o papel da medicação (Caça ao Tesouro).

[...]os próprios pais começam a pressionar para que se medique as crianças (Cabo de guerra).

[...]as mães já chegam muitas vezes angustiadas porque a escola demanda o diagnóstico e a medicação. E as famílias também buscam isso. Tanto que a renovação de receita é algo que é extremamente exigido. Claro que é importante, né? Estamos no tratamento com a psicofarmacologia, mas se demanda mais pelas receitas, pelas renovações, pela consulta médica e psicoterapia do que por outros serviços, por exemplo, como a atenção da nutricionista, as intervenções em grupo (Caça ao tesouro).

[...] a família busca o diagnóstico, por necessidades socioeconômicas, interesse num benefício financeiro (Amarelinha).

[...] como os atendimentos são com crianças de famílias que estão em uma condição socioeconômica mais vulnerável, muitas vezes o laudo tem a função de garantir o benefício. Porque é com um laudo que se vai ao INSS. ²⁸Atesta que é paciente de saúde mental, com alteração de comportamento, que após avaliações prévias têm critérios para ter acesso ao BPC. (Esconde-esconde).

Esses relatos nos ajudam a pensar que se questões socioeconômicas estão presentes no cotidiano do trabalho, talvez se faça necessário conhecer e compreender melhor a realidade situacional dessas famílias, inclusive para acionar a rede intra e intersetorial caso seja necessário. Bustamante e Onocko-Campos (2020), em seu estudo sobre cuidado às famílias no CAPSi, verificaram que os(as) profissionais percebem a necessidade de se realizar registro sistemático desde o acolhimento acerca de dados sobre as famílias (arranjo e dinâmica familiar, renda, raça/cor e divisão do trabalho), como subsídio para a construção do Projeto Terapêutico Singular. As autoras apontam que a necessidade de construção de relações mais horizontais e sensíveis às diferenças socioculturais, considerada como um importante desafio.

Outro ponto que merece ser destacado corrobora com o que Delfini (2016), em seu estudo sobre o cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças, evidenciou. Para a autora, a cultura da medicalização está presente nas famílias, de modo que estas pressionam o serviço para medicar as

²⁸ O Instituto Nacional do Seguro Social – INSS foi criado em 27 de junho de 1990, durante a gestão do então presidente Fernando Collor de Melo, por meio do Decreto nº 99.350, a partir da fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS com o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, como autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, atual Ministério do Trabalho e Previdência – MTP. Caracteriza-se como uma organização pública prestadora de serviços previdenciários para a sociedade brasileira. Recuperado em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/breve-historico>

crianças, demandam maior frequência ao CAPSi e atendimentos individuais, sendo diminuição das idas compreendidas como descuido da equipe, e não a melhora das crianças. Delfini (2016), identificou que a inclusão dos familiares parece ter um sentido mais prescritivo, tendo em vista que parece frágil a inclusão no PTS, nas ações para além do CAPSi, incluindo as assembleias que atualmente têm sido demandadas pelas famílias.

Reforçamos que incluir a família na sua singularidade como parceira no tratamento da criança e nas atividades do CAPSi envolve novas posturas por parte da equipe. Para ilustrar isso, acreditamos que a construção do PTS (que como vimos não tem sido realizado como previsto), ou propostas de grupos para familiares (com o objetivo de fazer circular a palavra, ao invés de uma relação em que o poder e o saber fiquem nas mãos dos especialistas) podem ser apostas mobilizadoras de outros sentimentos nas famílias e nos(as) profissionais. Pequenos movimentos, nesse sentido, parecem ocorrer ainda que pontualmente, identificadas nas falas seguintes:

[...]a gente entende que tratar uma criança é mais do que tratar a criança, tem que entender a família. Infelizmente, a gente não consegue abordar a família no acompanhamento... a gente pensou em orientação parental, suporte, mas apenas o serviço social faz isso pontualmente, através das visitas técnicas (pontos da rede), visitas domiciliares e de um grupo de inclusão (crianças e a família). É apenas o assistente social, por conta das demandas (Caça ao Tesouro).

[...]a intervenção com a família é importante nesse ponto... ela precisa pensar: o que eu posso oferecer a essa criança, para além da medicação, o esporte e outras atividades? Atividade lúdica, artística são os artifícios que nem sempre as famílias têm. A gente entende isso também, são famílias carentes na questão socioeconômica, né? Pessoas sem acesso à informação. As vezes que, na minha percepção, cabe ao profissional orientar também. Então, é um desafio para a gente abordar esse aspecto familiar, porque é mais uma demanda e o serviço possui várias demandas (Caça ao Tesouro).

Mais uma vez o excesso de demandas no CAPSi aparece como um entrave na realização de ações que incluam as famílias no processo de acompanhamento das crianças. Entendemos que é preciso fazer uma reflexão sobre as implicações políticas e sociais da relação indivíduo-trabalho no contexto social, ou seja, é necessária uma análise integral das contradições do trabalho dentro das condições dadas por seus processos de produção particulares, afinal os(as) profissionais do CAPSi também estão imersos nas contradições do sistema capitalista (Caponi *et al.*, 2020). A fala do(a) participante sobre a não inclusão da família no processo de acompanhamento

nos remete à aliança que existe entre a lógica de trabalho (produzido pelo modo capitalista) e a medicalização, conforme podemos observar:

[...] ao passo que a gente não se envolve com essas questões (incluir as famílias, por exemplo), essas crianças permanecem no serviço tomando medicação, elas não saem. Então é algo que se a gente não cuidar agora a gente está estendendo uma questão que é uma dificuldade para o serviço (Caça ao tesouro).

Quanto à construção de soluções para os problemas e desafios vivenciados no cotidiano do CAPSi, sobretudo no que se refere à corresponsabilização do cuidado, consideramos imprescindível ação coletiva, na qual gestão, profissionais/trabalhadores(as), familiares e usuários(as) possam construir uma relação ética-dialógica, tendo em vista que dimensão relacional do processo de cuidado se desdobra de forma singular no trabalho em ato, do trabalho vivo. A nosso ver, o maior desafio da equipe está no antagonismo entre a lógica profissional (núcleos de saber) que compartimentaliza e a lógica interprofissional (colaboração) que acontece também mediado por interação dialógica e a produção de novos sentidos. Se a relação entre esses atores sociais se depara com impasses, entraves, contudo tem abertura para o diálogo, de modo horizontal, os efeitos podem ser: atitudes e práticas humanizadoras, promoção da autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho, das famílias e das crianças. Nessa perspectiva, Bustamante e Onocko-Campos (2020) apontam que a existência de espaços de supervisão clínico-institucional, oficinas de planejamento, discussões grupais e demais iniciativas são necessárias tendo em vista que a partir dessas trocas intersubjetivas, pode ocorrer o aumento de colaboração entre os(as) profissionais, expandir a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade dos cuidados.

“Para Além Dos Muros” Do CAPSi: Sentidos Que Envolvem a Rede De Atenção à SM Da Criança

Conforme o Ministério da Saúde (MS), as práticas de cuidados direcionadas às crianças em sofrimento psíquico, devem ser formuladas de modo coletivo e intersetorial a fim de garantir uma rede de atenção em saúde mental infantil com base comunitária em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do SUS (Brasil, 2005). Como sabido, o SUS tem em suas diretrizes a integralidade do cuidado, partindo da premissa que o(a) usuário(a) deve ser reconhecido(a) em todas as

dimensões que o constituem como sujeito, com os diferentes determinantes que o afetam no seu processo saúde-doença (Brasil, 2005b).

Este olhar para o sujeito e suas peculiaridades está pautado pela clínica psicossocial, em que a dimensão da integralidade é indissociável da intersetorialidade (Brasil, 2005b). Conforme Severo e Dimenstein (2011), a intersetorialidade concebe o(a) usuário(as) da saúde mental, não como doente e sim como aquele(a) que demanda reconhecimento de sua humanidade e cidadania, de modo que para que isso ocorra, faz-se necessário fortalecer a rede, as políticas sociais a fim de garantir a integralidade do cuidado. Para os autores, “os serviços e as políticas públicas norteadas pela atenção psicossocial devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde” (Severo e Dimenstein, 2011, p. 650).

Em 2001, pouco depois da promulgação da Lei nº 10.216 que estabelece a saúde mental como uma política pública, formalmente se iniciou o modelo de atenção psicossocial voltado para o público infantojuvenil (Bustamante & Onocko-Campos, 2020). A Portaria nº 336 do MS, publicada em fevereiro de 2002, referendando a criação do CAPSi, estabelece que o mesmo consiste em serviço ambulatorial e com a função de ser regulador da porta de entrada da rede assistencial bem como, de ser responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados no território. Ou seja, realizar a gestão das diferentes demandas relacionadas à infância e adolescência de seu território de adscrição (Brasil, 2004; Couto; Duarte & Delgado, 2008). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088 de 2011, reforça esse entendimento, ao demarcar que o trabalho tanto entre o CAPSi e os pontos de atenção à saúde mental, quanto com os serviços de educação, assistência social e outras políticas, deve ser baseado em ações articuladas a partir do território e da intersetorialidade (Brasil, 2015).

Conforme Couto e Delgado (2015), a criação dos CAPSi e o direcionamento intersetorial são essenciais para prover acesso ao cuidado às crianças que manifestam sofrimento psíquico, mas também para montagem de uma rede pública ampliada de atenção, de base territorial, capaz de acolher as diferentes problemáticas relacionadas à saúde mental infantojuvenil. Contudo, cabe assinalar que o desenvolvimento de ações intersetoriais e a construção de uma rede ampliada de atenção são complexos e atravessados pela presença de uma cultura psiquiátrica

(Moura & Boarini, 2012; Delfini *et al.*, 2017). Levando em conta que o diálogo entre os(as) profissionais do CAPSi tem sido atravessado por impasses e ações médico-centradas, as quais revelam o processo de transição paradigmática vivenciado pela equipe, parece legítimo compreender como acontece a interlocução e articulação com outros pontos de atenção à SMCA (com a UBS²⁹, NASF-AB³⁰, UPA e hospitais gerais, por exemplo) e com a rede intersetorial (assistência social, educação, esporte, cultura e lazer). Como nos dedicamos noutro ponto da pesquisa, no eixo temático que envolve a escola, vamos nos ater à articulação do CAPSi com outros equipamentos.

Destarte, com o intuito de entender mais sobre a integralidade do serviço e sua e da rede de atenção, questionamos acerca do encaminhamento implicado e corresponsável, do compartilhamento dos casos, da construção permanente da rede, bem como da importância ao território e à intersetorialidade. Nas falas, emergem questões importantes, como podemos observar, abaixo:

[...]sempre procurei aproximar os dispositivos do CAPSi, por exemplo com a equipe do NASF, o CRAS e o CREAS. A gente precisa mexer nisso de tempos em tempos. Respondendo o seu questionamento, de que forma eu penso, o trabalho em rede, a aproximação, eu procuro sempre aproximar dos pontos que a gente discute, descobrir o problema e tentar resolver. E infelizmente, nem todos fazem isso (Esconde-esconde).

[...]temos o Fórum Saúde Mental (FSM), que era muito bom no passado. Hoje eu não considero que seja muito efetivo, porque o que nós pactuamos lá não é de agora não (Adedonha).

[...] recebemos encaminhamentos de toda a rede, seja da assistência social, seja da atenção primária, das escolas. Porém, o contato e diálogo com os profissionais da rede, ele é muito dificultoso. Ele não existe, na verdade (Caça ao tesouro).

²⁹ A Unidade Básica de Saúde (UBS) é um serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. A UBS, de matriz territorial, é o local adequado para atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo agir em coordenação com o CAPS. Desse modo, não se pode dizer que todos os casos de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas devam ser atendidos pelo CAPS.

³⁰ O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), compõe-se por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF-AB está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

[...] nós recebemos encaminhamentos, muitos encaminhamentos da neuropediatria do município, casos de autismo. Quando essa criança ela vem encaminhada da neuropediatra, geralmente já vem com o diagnóstico e atualmente temos um desafio. Os casos de autismo estão aumentando cada vez mais e a gente sofre muito com isso, porque nós não temos um serviço que consiga responder a demanda. Primeiro, pelo número de profissionais das especialidades e realmente a configuração. Como tratar uma criança com essa demanda grande do autismo? “Uma demanda constante” e que não temo para onde mandar (Caça ao tesouro).

[...]quando eu tinha mais contato com o assistente social, eu falava com ele, por exemplo, um caso de depressão grave e com diabetes que nunca mais tinha aparecido aqui. Falei: precisa entrar em contato com a unidade básica para que eles tomem conta desse menino. Veja lá! Faça visita! Veja como é que está a medicação, tudo! Aí ele foi lá na unidade. Mas eu sinto que mesmo assim, a coisa não funciona. A rede ainda é muito solta. (Cabo de guerra).

Partindo dos fragmentos das falas dos(as) profissionais do CAPSi, podemos observar que no cotidiano do serviço, há diferentes posicionamentos e sentidos em relação ao trabalho com a rede: há quem acredita que não existe diálogo com a rede; há quem acredita a rede é muito solta e que as discussões não são efetivas; há quem delega ao colega a aproximação com outros serviços, há quem se aproxima, discute e encontra resolução em conjunto. Diante do exposto, entendemos que por um lado, a rede fica num registro de absoluta fragilidade sem muita efetividade, por outro de que a aposta na potência da construção dessa rede de atenção parece relevante, mas precisa de pessoas dispostas a “mexerem nisso de tempos em tempos (Esconde-esconde)”. A rede compõe-se de pessoas, trabalhadores e trabalhadoras da saúde e de outras políticas públicas.

Nosso estudo dialoga, em alguma medida, com o de Delfini *et al.* (2017), haja vista que as autoras verificaram a presença de forças contraditórias nas ações cotidianas de atenção no CAPSi. Para Delfini *et al.* (2017), por meio da análise que fizeram, há uma força transformadora do instituinte (paradigma psicossocial) e em contrapartida, a cristalização e manutenção do instituído (paradigma biomédico e tradicional). Notamos que apesar de a organização dos serviços e modos de relação precisar operar pela lógica do encaminhamento implicado, da corresponsabilização pelos casos bem como, a do compartilhamento em um modelo de rede de atenção, a relação entre o CAPSi pesquisado e os serviços parece ser marcada por pouca proximidade, e, por conseguinte, com ações pontuais e incipientes de corresponsabilização e compartilhamento do cuidado.

O CAPSi é um espaço com dimensão clínico-política, com dupla função: de um lado, tem de garantir cuidado e tratamento a crianças em sofrimento psíquico grave, do outro, ordenar a demanda em saúde mental deste grupo, fazendo valer a política do cuidado em rede e no território (Leitão *et al.*, 2020). Considerando o que observamos no serviço, o risco de operar por meio da perspectiva biomédica e do paradigma psiquiátrico ³¹medicalizador, ou seja, focado na doença, fragmentando o sujeito e a atenção endereçada a ele (a) acaba sendo muito grande. Interessante que nos dias de consulta médica, o serviço fica bastante povoado de crianças, adolescentes e suas famílias.

Problematizando sobre a forma como o serviço está organizado internamente, muito pautado em ações ambulatoriais, talvez seja sintomático que os(as) profissionais não consigam fazer uma ruptura radical, transitar dentro, mas ir para além dos muros do CAPSi. Fica uma questão: Como incorporar o sofrimento psíquico como integrante da saúde geral, sem articulação dos serviços e ações em um modelo de cuidado de rede? O que fazer com as demandas constantes de acompanhamento para as crianças com diagnósticos de autismo? Dialogar com a rede para construir um fluxo de atendimento, mas também pensar estratégias e ações de atenção às crianças que podem até não estar no espectro autista, mas certamente em sofrimento e estão no CAPSi (justamente o previsto para atendê-las).

Salientamos que embora não haja um trabalho intersetorial estruturado, inclusive em relação aos setores da assistência social (proteção básica-CRAS³² e proteção especial- CREAS³³, aparece apenas em no relato supracitado), notamos que há uma preocupação em construir um trabalho integrado com a Atenção Básica (AB) e ³⁴de fortalecer a rede, entendendo que o cuidado de crianças que sofrem não tem que ser restrito ao CAPSi, ou seja, ela deve ser acompanhada no seu território. Há

³¹ O paradigma psiquiátrico é marcado pela redução do sofrimento humano ao simples objeto da doença mental, descolado do corpo social e da existência global dos sujeitos. A perspectiva do paradigma psiquiátrico é compreendida como um fenômeno reducionista e individualizante, mas está presente na lógica hegemônica vigente, expressado em toda sociedade (Moura *et al.*, 2022).

³² O CRAS é a unidade em torno da qual se organizam os serviços de proteção básica, do que decorre sua função de gestão local, atende famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica e relacional (Brasil, 2009)

³³ O CREAS é uma unidade pública estatal, de abrangência municipal ou regional, referência para a oferta de trabalho social a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, que demandam intervenções especializadas no âmbito do SUAS (Brasil, 2011).

³⁴ No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2017, p.9)

uma aposta na criação de novos espaços e de novas construções, como observamos na fala, a seguir:

[...]fortalecer a saúde mental das crianças exige fortalecer a rede de saúde mental (Amarelinha).

[...] a gente está tentando construir, capacitar a atenção básica para que cuidem dos casos mais leves a moderados. Porque tudo é CAPS. Tudo é CAPS (Cabo de guerra).

A fala do(a) profissional revela que a Atenção Básica (AB) parece não se ocupar nem mesmo de situações leves de sofrimento, atribuindo ao CAPSi essa função. Têm ocorrido encaminhamentos de criança que passou por uma consulta no posto de saúde e que a mãe ou cuidadora já chega no serviço com a classificação nosológica (TEA, TDAH, TOD, por exemplo), como se houvesse uma desresponsabilização do cuidado daquela criança, que deve ser acompanhada no âmbito da AB. Sabemos que o tema da saúde mental infantil entrou na agenda de saúde muito recentemente, o que pode responder pela falta de reconhecimento e visibilidade de que crianças podem sofrer, porém estar em sofrimento não significa necessariamente que a criança tem diagnóstico médico-psiquiátrico (Couto e Delgado, 2015). Inclusive o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1996/2017) aponta a necessidade da articulação entre saúde mental e atenção básica para avançarmos na detecção precoce de sofrimento psíquico versus a patologização da primeira infância.

De acordo com Teixeira, Couto e Delgado. (2017), quando as ações da atenção básica estão articuladas aos CAPSi, elas “tendem a promover fluxos assistenciais menos fragmentados, facilitando a continuidade da atenção, compartilhamento das estratégias de cuidado e aumento da efetividade da ação psicossocial” (Teixeira *et al.*, 2017, p. 1934). Neste sentido, há uma estratégia potente que é apoio matricial, apresentado por Campos e Domitti, 2007), como:

“O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes

de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais” (Campos & Domitti, 2007, p.399-400).

Portanto, o apoio matricial é uma metodologia de trabalho com grande relevância, caracterizado pelo intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões, no qual as equipes compartilham e trocam saberes e experiências, ao invés de uma equipe ensinar a outra como conduzir o caso, há discussões, planejamento de estratégias de cuidado e divisão de responsabilidades (Campos & Domitti, 2007).

De modo geral, verificamos nas práticas discursivas os(as) profissionais do CAPSi aspectos relacionadas a importância da integralidade da atenção, da interdisciplinaridade, da concepção do sofrimento psíquico de crianças como determinados por questões histórico-política-sociais, alinhadas ao paradigma da clínica psicossocial e com a não medicalização do sofrimento na infância. Todavia, efetivamente há pouca articulação com outros setores, denotando desafios para o desenvolvimento de um trabalho integrado em saúde, que passam pelo enfrentamento de obstáculos estruturais, éticos, políticos, culturais, epistemológicos e subjetivos. E isso tem efeitos também na manutenção de processos que estão intimamente ligados à medicalização do sofrimento de crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao fim desse percurso, apesar das muitas reflexões inacabadas acerca do objeto de investigação (a medicalização do sofrimento psíquico na infância), mas sobretudo, nos sentidos produzidos, cotidianamente, por profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Esses(as) que atendem as crianças em sofrimento e lidam com as demandas delas, mas volta e meia, acabam caindo na armadilha das demandas escola, da família, da produtividade/do sistema capitalista, dentre outros, ou seja, recorrendo a elementos originários do paradigma psiquiátrico, e, por conseguinte fortalecendo os processos de medicalização. Escutar a criança falar de si em nome próprio em meio a tantas outras vozes que habitam o CAPSi, nos parece um grande desafio, porque são dois paradigmas coexistindo, presentes não apenas discurso, mas também nas práticas de cuidado do CAPSi, revelando o processo de transição paradigmática vivido no dia a dia do equipamento.

Antes de avançarmos nas considerações finais, entendemos que é importante retomar alguns pontos principais de nossa pesquisa: adotamos a concepção de infância no plural – infância (s) – marcada pelas condições sociais e processos culturais; elegemos a terminologia sofrimento psíquico buscando ampliar as reflexões acerca do paradigma do sofrimento psíquico na infância, sem reduzir a criança a uma síndrome e/ou diagnóstico; problematizamos o modelo ideal de sujeito na sociedade contemporânea, no qual quem escapa às normas sociais, incluindo as crianças opositoras, hiperativas ou com impasses no laço com outro, são tomadas como objeto de intervenção, culminando no processo de psiquiatrização e medicalização na infância (classificações diagnósticas e uso de psicotrópicos, por exemplo); assumimos um posicionamento crítico, problematizando o imperativo do discurso médico-científico e as práticas normatizantes de toda e qualquer manifestação de sofrimento psíquico na infância, com o intuito principal de contribuirmos para desmedicalização da vida das crianças.

Algumas das interrogações que mobilizaram a realização dessa pesquisa, foram: Como a trajetória das práticas de cuidados vem sendo construída e qual a importância de ser repensada? Qual é o paradigma de cuidado (biomédico ou psicossocial) ofertado às crianças em sofrimento psíquico por profissionais de saúde?

Quais são os repertórios interpretativos mobilizados pelos profissionais de saúde ao produzir sentidos referentes ao sofrimento psíquico de crianças? Quais são as disputas de sentidos na literatura e no campo acerca do fenômeno “medicalização do sofrimento psíquico na infância”? E, quais são os efeitos das relações de saber-poder e jogos de posicionamento frente a medicalização da infância?

Embasadas numa abordagem teórico-metodológico de produção de sentidos e práticas discursiva, instigadas por essas questões supracitadas e com o entendimento de que o CAPSi deve ofertar atenção às crianças em sofrimento psíquico intenso e persistente, cujo norte-ético é o paradigma da clínica psicossocial oriundo da Reforma Psiquiátrica, nosso estudo objetivou analisar a produção de sentidos referentes à medicalização do sofrimento psíquico na infância, por meio de práticas discursivas de profissionais de saúde de um CAPSi, da região norte baiana.

Após a análise dos resultados construímos categorias temáticas que dialogam fortemente uma com a outra e nos ajuda a identificar práticas discursivas alinhadas com a clínica psicossocial que considera a singularidade do sujeito, reconhece outras dimensões que produzem sofrimento além da biológica, valoriza outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento das crianças e que entende a importância de condutas terapêuticas articuladas (equipe multiprofissional e interdisciplinar). Todavia, evidenciamos também nas práticas discursivas dos(as) profissionais do CAPSi diversos mecanismos que se sustentam a partir de ações calcadas no modelo biomédico- tradicional, hospitalocêntrico e manicomial, como por exemplo o trabalho compartimentalizado e isolado, não inclusão das famílias como corresponsável, com pouca articulação entre a equipe e a RAPS, que podem contribuir para ações patologizantes e medicalizantes do sofrimento psíquico na infância.

Se por um lado, os sentidos atribuídos à produção do sofrimento na infância passam pelo reconhecimento da criança na sua singularidade de que o modo de sentir, pensar e agir (que inclui as dimensões do sofrimento) é atravessado por processos biológicos, sociais, históricos, políticos e econômicos. Por outro, em relação aos sentidos que envolvem a construção do diagnóstico de crianças e do plano terapêutico das crianças, há elementos que indicam um tensionamento entre o modelo biomédico hegemônico instituído e o modo psicossocial como modelo instituinte. Embora os(as) profissionais reafirmam a importância e a necessidade do trabalho em equipe interdisciplinar na área da saúde mental (como preveem as

portarias ou referenciais teóricos e técnicos), apontam as lacunas na perspectiva no trabalho interdisciplinar, visto que muitas das práticas de cuidado ocorrem no formato ambulatorial, sob interferência do discurso biomédico e tradicional, centrado na figura do médico-psiquiatra ou demandas para psicoterapia, sendo que como técnicos(as) de saúde mental, todos(as) têm (ou deveria ter) condição de acolher, escutar e acompanhar as crianças em sofrimento e suas famílias. Os grupos terapêuticos são apontados como alternativa às prescrições medicamentosas.

Em relação aos sentidos produzidos relacionados à medicalização das questões escolares das crianças, a escola aparece como uma das principais instituições que fazem o encaminhamento das crianças ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). O olhar da escola, muitas vezes, transforma dificuldades de aprendizagem em demanda de tratamento endereçadas ao CAPSi, este, por sua vez, ao reconhecer que não se trata de uma demanda para o serviço, precisa intervir junto à escola a fim de desconstruir essa demanda de tratamento, entretanto de modo geral o serviço tem atendido “os casos escolares”. Com a Pandemia de Covid-19 tem sido maior o número de acolhimentos, inclusive oriundos das escolas. Conforme os sentidos acerca de como as crianças têm se apresentado no pós-pandemia, os(as) profissionais reconhecem muitos efeitos da pandemia (como por exemplo, ter ficado com restrição social – escola) e parecem compreender que o processo de atribuição de um diagnóstico às crianças pode ser precipitado, quiçá equivocado, quando dissociado do tempo, dos espaços geográfico e social –da história.

Merece destaque algo referente ao campo de tensionamento produzido frente a demanda pelo diagnóstico e elaboração de laudos por parte das escolas: Primeiro porque apontam para uma direção de centralizar o olhar no sujeito, tão necessária a partir do paradigma da clínica psicossocial; segundo por entender que problemas pedagógicos não devem ser tomados como questão biológica e médica; Todavia, apareceram outros sentidos de respostas às demandas das escolas (por diagnósticos e medicamentos), um exemplo disso é uma fala que remete a necessidade de “diagnosticar para a criança avançar no processo de ensino-aprendizagem”; esse sentido dá lugar ao diagnóstico e à medicalização como único meio para a produtividade e a normalização, bem presente no discurso de psiquiatrização das escolas. Nosso entendimento é que se o CAPSi responde à demanda da escola, pode acabar deixá-la ainda mais refém da lógica medicalizante, dependente do discurso

médico e de outras especialidades (normatização, controle, docilização e disciplina dos corpos de crianças).

Salientamos que houve ainda sentidos produzidos que revelam que o diagnóstico não tem relação com a superação das dificuldades de aprendizagem e/ou controle dos comportamentos, mas sim o papel de encobrir outras questões, como por exemplo a dificuldade da escola de se repensar (didática e metodologicamente) ou ainda como mecanismo de garantia de direitos (acesso ao atendimento educacional especializado, profissional de apoio escolar, transporte escolar e ao benefício de prestação continuada–BPC, por exemplo).

No tocante aos sentidos relacionados ao lugar da família no processo de acompanhamento das crianças, identificamos importantes desafios envolvidos no trabalho com a família no CAPSi pesquisado. Embora a família tenha que ser incluída no processo de acompanhamento como corresponsável do cuidado, visibilizamos repertórios interpretativos a exemplo de “tem aí um complicador, que se chama família” ou que a família “não consegue educar a criança” que apontam para olhar que culpabiliza o familiar. Em muitos momentos, a prática de orientação parental surge nas falas como o elemento essencial para que as famílias possam criar condições promotoras de adaptação e ajustamentos das crianças às normas sociais. Acreditamos que a família que vivencia situações, muitas vezes, para as quais não se sente preparada, precisa ser implicada e envolvida cotidiana e ativamente no processo de acompanhamento da criança, ou seja, assumir seu lugar de corresponsável do cuidado, mas reconhecemos que isso não passa pela prescrição de receitas, mas sim pela promoção de espaços em que a palavra possa circular, como grupos de familiares e assembleias de usuários(as) (Bontempo, 2009).

Acerca da relação dos efeitos do diagnóstico para a criança e sua relação com a família, percebemos diversos sentidos produzidos que apontam para o seguinte: se apresentam ora como interesse pelo benefício ora como garantia direitos (BPC ou acesso ao AEE) ora como sentença/desresponsabilização para educar a criança. De modo geral, as questões socioeconômicas das famílias emergem no cotidiano do trabalho, talvez se faça necessário conhecer e compreender melhor a realidade situacional das mesmas, inclusive para acionar a rede intra e intersetorial caso seja necessário.

Quanto aos sentidos que envolvem a rede de atenção à SM da criança, diferentes posicionamentos e sentidos emergiram: há quem acredita que não existe

diálogo com a rede; há quem acredita a rede é muito solta e que as discussões não são efetivas; há quem delega ao colega a aproximação com outros serviços e há quem se aproxima, discute e encontra resolução em conjunto. Notamos que apesar de haver previsão para organização dos serviços de saúde mental (incluindo o CAPSi) e os de que modos de relação precisam operar pela lógica do encaminhamento implicado, da corresponsabilização pelos casos bem como, a do compartilhamento em um modelo de rede de atenção, a relação entre o CAPSi pesquisado e os serviços parece ser marcada por pouca proximidade, e, por conseguinte, com ações pontuais e incipientes de corresponsabilização e compartilhamento do cuidado. O apoio matricial, metodologia de trabalho com grande relevância, caracterizado pelo intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões, no qual as equipes compartilham e trocam saberes e experiências, ocorre de modo muito pontual, com isso a AB segue encaminhando casos leves de sofrimento para o serviço, por exemplo, aumentando a demanda do CAPSi e profissionais do serviço acreditando que precisam “capacitar a AB” para resolver um problema tão complexo.

A construção de práticas discursivas, posicionamentos e práticas de cuidado capazes de produzirem novos sentidos, nos quais as crianças em sofrimento psíquico sejam reconhecidas como sujeitos de direito e sujeitos psíquicos, parece demandar uma luta cotidiana e a construção de novos sentidos. Sobretudo, porque encontramos presente nas práticas discursivas analisadas como a medicalização do sofrimento psíquico na infância permeia o cotidiano do CAPSi. Reconhecemos que apesar das teorias e políticas de saúde mental, a construção de um modelo psicossocial ainda está em voga, visto que práticas biomédicas e tradicionais com os seus automatismos se fazem atuais e, muitas vezes, nem entram nas discussões do cotidiano do serviço. A construção de soluções para os problemas e desafios vivenciados no cotidiano do CAPSi, sobretudo no que se refere à corresponsabilização do cuidado, consideramos imprescindível ação coletiva, na qual gestão, profissionais/trabalhadores(as), familiares e usuários(as) possam construir uma relação ética-dialógica, tendo em vista que dimensão relacional do processo de cuidado se desdobra de forma singular no trabalho em ato, do trabalho vivo.

Dessa forma, a nossa aposta é que este estudo contribua para que possamos refletir acerca do nosso saber-fazer em relação à medicalização da criança em sofrimento psíquico e os sentidos que nossas práticas discursivas e posicionamentos constroem cotidianamente. Esperamos que a produção de conhecimento suscitada

por esta pesquisa seja relevante enquanto estratégia que problematiza o imperativo do discurso médico-científico e práticas normatizantes de toda e qualquer manifestação de sofrimento psíquico na infância, mas também que seja uma advertência (afetiva) para entendermos que somente, por meio de compromissos coletivos podemos transformar as realidades em que transitamos enquanto, trabalhadores(as), assim como as crianças e suas famílias. Deste modo, consideramos necessárias mais investigações sobre a temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. M.; Morais, R. P.; Guimarães, D. F.; Machado, M. F. A. S.; Diniz, R. C. M.; Nuto, S. A. S. N. **Da Teoria à Prática da Interdisciplinaridade: a Experiência do Pró-Saúde Unifor e Seus Nove Cursos de Graduação**. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl.1, p. 119-126, 2012.

Amarante, P. (Org.). **Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

Amarante, P. (2007). **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
Amarante, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 3. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Amarante, P. **Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidados**. In: Giovanella, L. *et al.* (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Angell, M.. **A epidemia de doença mental**. Piauí, edição 59, abr. de 2012.

Aragaki. S.S.; Lima, M.L.C.; Pereira, C.C.Q; Nascimento, V.L.V (2014). **Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade**. In Spink, M.J. (Org.) (2014) produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Rio de Janeiro.

Aragaki. S.S.; Piani, P.P.; Spink, M.J. (2014). **Uso de repertórios linguísticos em pesquisa**. In Spink, M.J. (Org.) (2014) produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Rio de Janeiro

Ariès, P. (1981). **História social da criança e da família** (D. Flaksman, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar

American Psychiatric Association (2013) **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artemed, 2014.

Azevedo, L. J. C (2019) Mal-estar na infância: por uma perspectiva da desmedicalização do sofrimento infantil. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, n. 41, p.XX-XX, dezembro 2019

Bakhtin, M. (Volochinov). **Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem**. Tradução Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. BAKHTIN, M. Os gêneros do discurso. In: Bakhtin, M. Estética da criação verbal. Introdução e tradução do russo Paulo Bezerra. Prefácio à edição francesa Tzvetan Todorov. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p.261-306.

Bakhtin, M. **Os gêneros do discurso**. Organização, tradução, posfácio e notas Paulo Bezerra; notas da edição russa de Seguei Botcharov. São Paulo: Editora 34, 2016.

Bezerra Júnior, B. (2006) **O Normal e o Patológico: uma discussão atual**. In: Souza e Pitanguy (org.) Saúde, Corpo e Sociedade. Rio de Janeiro: Ed UFRJ, 2006, pp. 91 a 108.

Bezerra Junior, B.; Costa, J. F. **Entrevista: Jurandir Freire Costa**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1023-1033, 2014.

Bezerra, I. C., Jorge, M. S. B., Gondim, A. P. S., Lima, L. L., & Vasconcelos, M. G. F. (2014). **"Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 18(48), 61-74. doi: 10.1590/1807-57622013.0650

Beltrame, M. M. & Boarini, M.L.(2013) **Saúde Mental e Infância: Reflexões Sobre a Demanda Escolar de um Capsi**, Universidade Estadual de Maringá - Psicologia: Ciência e Profissão, 2013, 33 (2), 336-349]

Birman, J. (2012) **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

Boarini, M.; Yamamoto, O. **Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem**. Psicologia Revista. V. 13, nº. 1, 1014. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/publicacoes1/periodicos/lista-periodicos/higienismo-e-eugenia-discursos-que-nao-envelhecem>. Acesso em: 14 set. 22

Bontempo, V. L. (2009). **A assembleia de usuários e o CAPSi**. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(1), 184-189 <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000100015>

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Diário Oficial da União. 20 Fev. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2005

Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: MS; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004) HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a

humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde . Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, v. 23, 2011.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. (2016). Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília: Autor

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União 1990; 16 jul.

Buechler, F. T. & Kamers, M. (2020) - A infância sob o fantasma da-Criança: imperativos de gozo de nossa época. *Estilos da Clínica*, 2020, V. 25, nº 1, p. 123-134 DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i1p123-134>.

Bustamante, V., & Onocko-Campos, R. **Cuidado às famílias no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: uma pesquisa-intervenção com trabalhadores.** *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, V. 44, N. Especial 3, P. 156-169, Outubro 2020 doi:0.1590/0103-11042020e314

Canguilhem, G. (2012). **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitário

Campelo, L.L.C.R.; Costa S.M.E., & Colvero, L.A. **Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa.** *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2014; 48(esp):192-198

Campos, G.W.S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas** *Debate • Ciênc. saúde coletiva* 5 (2) • 2000 • <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>

Caliman, L., (2016). **Infâncias Medicalizadas: Para quê psicotrópicos para crianças e adolescentes?** In Caponi, S. Vásquez-Valência, M.F., & Verdi, M. (org)Vigiar e Mediar: estratégias de medicalização da infância. São Paulo: LiberArs,2016, 47-60.

Caponi, S. (2016). **Vigiar e mediar – o DSM-5 e os transtorno ubuescos na infância.** In Caponi, S. Vásquez-Valência, M.F., & Verdi, M. (org) *Vigiar e Mediar: estratégias de medicalização da infância.* São Paulo: LiberArs,2016, 29-45.

Caponi. S, Valença M.F.V, Verdi, M .&Assmann S. J, organizadores (2013). **A Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica.** São Paulo: Editora LeberArs;

Caponi, S., Lajonquière, L., & Martinhago, F. (2020) **(Psico)pedagogização e medicalização: a disseminação dos saberes expertos no domínio da infância.**

Política & Sociedade - Florianópolis - Vol. 19 - Nº 46 - Set./Dez. de 2020 DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2020.e79141>

Caponi, S. (2009). **Biopolítica e medicalização dos anormais**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [2]: 529-549, 2009

Caponi, S. (2012). **Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos**. Revista Interthesis, 9(2), 101- 122.

Caponi, S. (2020) **A psicofarmacologização da infância e o modelo de ação da droga centrado na doença** Política & Sociedade - Florianópolis - Vol. 19 - Nº 46 - Set./Dez. de 2020.

Clarke AE, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR. **Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine**. Am Sociol Rev. 2003; 68(2):161-94

Carvalho, S. R., Rodrigues, C. O., Costa, F. D., & Andrade, H. S. (2015). **Medicalização: uma crítica (im)pertinente?** Physis: Revista de Saúde Coletiva, 25(4), 1251-1269. doi: 10.1590/S0103-73312015000400011

Cervo, M. D. R., & Silva, R. D. (2014). **Um olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSI**. Revista Subjetividades, 14(3), 442-453.

Couto, M. C. V. (2004). **Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e Adolescentes**. In T. Ferreira (Ed.), *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política* (p. 61-74). Belo Horizonte: Ed. Autêntica.

Couto, M.C.V.; Duarte, C.S. & Delgado, P.G. (2008) **A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios**. Rev. Bras. Psiquiatr. 30(4):390-398.

Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2010). **Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial**. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. (pp. 271-279). São Paulo: Hucitec.

Couto, M.C.V.; Delgado, P.G.G. (2015) **Crianças e adolescentes na agenda política da Saúde Mental Brasileira: Inclusão tardia, desafios atuais...** Psicologia Clínica, 27(1), 17-40, 2015.

Costa, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989.

Costa-Rosa A. (2002) **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000; p. 141-68.

Conselho Federal De Psicologia – CFP (2015). **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde**. acesso em 14 de nov de 2022 https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf

Collares, C. A. L. & Moysés, M. A. A (1994) **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação**. Série Idéias, v. 23, p. 25-31, 1994.

Collares, C. A. L. & Moysés, M. A. A. (2010). **Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem**. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.), *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos* (pp. 193-213). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Conrad P. **The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior**. Soc Probl. 1975; 23(1):12-21.

Conrad P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.

Constituição Federal, Presidência da República (1998).

Del Priore, M. (2000). **O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império**. In *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto.

Delfini, P.S.S.; Barbosa, C.D.; Fonseca, F.L.; Tavares, C.M; Reis, A.O.A. **Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da Grande São Paulo, Brasil..** . Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 19 (2), 226-236, 2016.

Delfini, P. S. D. S.; Bastos, I. T.; Reis, A. O. A. (2017) **Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil**. Cadernos de Saúde Pública, 33, e00145816, 2017

Delfini, P. S. de S. (2016). **O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças** (Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <https://doi.org/10.11606/T.6.2016.tde-25022016-135155>

Dimenstein M., Sales, A.L., Galvão, E., & Severo, A.K. (2010) **Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental**. Physis: Rev. Saúde Colet. [internet]. 2010 <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>

Dunker, C.I.L. **Mal-estar sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo, 2015.

Farias, D. N. **A interdisciplinaridade na prática profissional na Estratégia da Saúde da Família**. 92 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2015.

Fernandes, A. D. S. A.; Sebold, R. A.; Matsukura, T. S.; Cid, M. F. B. (2020) **Saúde Mental infantojuvenil e atenção básica à saúde: percepções de profissionais**

sobre as redes estabelecidas para o cuidado. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 12(31), 103-119, 2020.

Ferreira, R.R. (2015) **A medicalização nas relações saber-poder: um olhar acerca da infância medicalizada** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 20, n. 4, p.587-598, out./dez. 2015

Ferreira, G.S.(2016). **TDAH: uma doença que se pega na escola: um estudo sobre a medicalização da infância como demanda sociocultural.** 2016. 174 f. Tese (Doutorado)-Curso de Educação Escolar, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista,Araraguara, 2016.

Freud, S. **O mal-estar na civilização**, 1930 [1929].

Foucault, M. **História da loucura na Idade Clássica.** Tradução José Teixeira Coelho Neto. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009 [1961].

Foucault, M. (1974). **Historia de la medicalización.** Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>

Foucault, M. (1987) **Vigiar e Punir: a história da violência nas prisões.** 27a ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Foucault, M. (2010). **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise** (V. L. A. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Fórum sobre a medicalização da educação e da sociedade. **Manifesto Desmedicalizante e Interseccional: “existirmos, a que será que se destina?”.** Anais Seminário Internacional A Educação Medicalizada, v. 1, n. 1, p. 12-20, 23 jul. 2019.

Furtado, J. P. (2009). **Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2009.

Gergen, K. J. (2009). **O movimento do construcionismo social na psicologia moderna.** Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis, 6(1), 299-325.

Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. Educação e Pesquisa, v. 33, n.1, p.151-161.

Guarido, R. **A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação.** In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.), Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos (pp. 27-39). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2010.

Illich I. **Medical nemesis: the expropriation of health.** London: Marion Boyars; 1976

Jerusalinsky, J.; Moreno, M.I., & Pimentel, F.A. (2020) **A era da palmatória química e da camisa de força tarja preta: medicalização versus reconhecimento do sofrimento psíquico da criança na polis.** In: Catão I, organizadora. Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça. Salvador: Ágalma; 2020. p. 175-207

Kamers, M. (2013) **A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança.** Estilos clin., São Paulo, v. 18, n. 1, Jan./abr. 2013, 153-165.

Kamers, M. (2006). **As novas configurações da família e o estatuto simbólico das funções parentais.** Estilos da Clínica, 11(21), 108-125.

Kantorski, L.P.; Nunes, C. K.; Sperb, L. C. S. O.; Pavani, F.M.; Jardim, V.M.R.; Coimbra, V. C.C. (2014) **A intersectorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil** Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) ; 6(2): 651-662, abr.-jun. 2014. Tab

Lacerda, R.S.M. **O atendimento a usuários de substâncias psicoativas em um hospital geral: a produção de sentidos de profissionais de saúde /** Rebeca Soares Machado Lacerda. - - Petrolina, 2018. IX, 137 f.: il.: 29 cm.

Leitão, I. B., Dias, A.B., Tristão, K.G., Ronchi, J.P. & Avellar, L.Z. (2020) **Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos.** Psicologia USP, 2020, volume 31, e190011, 1-14 <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190011>

Lima, R.C. **Infância e adolescência em tempos de DSM-5 e CID11: Trajetórias da classificação e perspectivas de investigação crítica.** In: Catão I, organizadora. Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça. Salvador: Ágalma; 2020. p. 55-77

Maia.C. C., & Avellar, L. Z. (2013) **Concepções de saúde e doença mental para profissionais de um CAPSI.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 18, n. 4, p. 725-735, out./dez. 2013.

Méllo, R. P.; Silva, A. A.; Lima, M.L.C., & Di Paolo, A. F. (2007) **Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em Psicologia Social** Psicol. Soc. 19 (3) • Dez 2007 • <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300005>

Merhy, E.E. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores.** In: MERHY, E.E.; Amaral, H. (org.). A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: editora Aderaldo & Rothschild, 2007. p.55-66.

Minayo, M. C. S. (2007). **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Editora HUCITEC.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2016). **Teoria Social: Teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes.

Ministério da Saúde (2005). **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf

Ministério da Saúde (2014). **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf

Moura, J. H.; Duccini, L. & Rodrigues, L. B. (2013). **As ciências sociais em saúde: possibilidades investigativas da Antropologia**. In: Duccini, L. & Rodrigues, L. B. (orgs.). *A Cor das Letras: Metodologias de pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Revista do Departamento de Letras e Artes da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, 14, 187-208.

Moura, R.H. & Boarini, M.L. (2012) **A saúde da família sob as lentes da higiene mental**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar. 2012, p.217-235.

Moura, B.R., Amorim, M.F., Reis, A.O.A. & Matsukura, T.S. (2022) **Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis**. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(11):e00087522 <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT087522>

Nascimento, V.L.V.; Tavanti, R.M. & Pereira, C.C.Q. (2014) **O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas**. In: Spink, M.J.; Brigagão, J.; Nascimento, V.L.N. e Cordeiro, M. P. (organizadoras. – 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, (publicação virtual).

Onocko-Campos, R. (2001). **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental**. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.

Pande, M.N.R. (2016). **Medicalização, diagnósticos e prescrição de psicotrópicos para crianças na primeira infância: práticas discursivas de médicos que trabalham com crianças**. / Mariana Nogueira Rangel Pande. -- 2016. 369

Pimentel, A. P., & Amarante, P.D.C. **Paradigmas, percepções e práticas em saúde mental: um estudo de caso à luz de Bakhtin**. *Bakhtiniana*, São Paulo, 15 (3): 8-33, jul./set. 2020. D.O.I. <http://dx.doi.org/10.1590/2176-457344151>

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (2002). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://bit.ly/39WA5BT> Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011). **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://bit.ly/32cyC7C>

Quintanilha, B. C., Belotti, M., Tristão, K. G., & Avellar, L. Z. (2017). **A produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil**. *Mental*, 11(20), 261-278.

Rego, T. C. (1995) **As raízes histórico-sociais do desenvolvimento humano e a questão da mediação simbólica**. In: Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. _____. A função da brincadeira no desenvolvimento infantil. In: _____. Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação/ Teresa Cristina Rego. – Petrópolis, RJ:Vozes, 1995.

Rizzini I. (2005) **Abordagem crítica da institucionalização infantojuvenil no Brasil**. In: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, organizador. Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 31-6

Rizzini. I., & Gondra, J.G. (2014). **Higiene, tipologia da infância e institucionalização da criança pobre no Brasil (1875-1899)** Revista Brasileira de Educação v. 19 n. 58 jul.-set. 2014 <https://doi.org/10.1590/S1413-24782014000800003>

Schuch, P., Ribeiro, F. B., & Fonseca, C. (2014). **Infâncias e crianças: saberes, tecnologias e práticas**. *Civitas: Revista De Ciências Sociais*, 13(2), 205–220. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2013.2.16467>

Severo, A.K; Dimenstein, M. (2011). **Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 31, n. 3, p. 640-655.

Silva, J. R., Guazina, F. M., Pizzinato, A., & Rocha, K. B. (2019). **O “singular” do projeto terapêutico: (im) possibilidades de construções no CAPSi**. *Revista Polis e Psique*, 9(1), 127-146.

Silva, J.C & Mendes, C.F. (2019). **Medicalização da infância: produções de sentido sobre o discurso de profissionais de saúde**. *Estudos de Psicologia*, 24(4), outubro a dezembro de 2019, 393-401 <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190039>

Silva, I.O., Luz, I.R., Carvalho, L.D., & Gouvêa, M.C.S. (2022) **A escola na ausência da escola: reflexões das crianças durante a pandemia**. *Artigos: Crianças, Infâncias e Pandemia • Cad. CEDES* 42 (118) • Sep Dec 2022 <https://doi.org/10.1590/CC253117>

Silva, C. M., Rodrigues, R. C. & Mello, L. N. (2018) **Medicalização da queixa escolar e o uso de psicofármacos como resposta à questões comportamentais** *Estud. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 738-754, 2018. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/40446/28214>

Sodré, E.B.; Sousa, L.C.B. & Cabral, B.E.B. (2021). **Queixa escolar: uma análise dos encaminhamentos de alunos aos serviços de saúde**. *Psicol. educ.* no.52 São Paulo acesso em 17 de nov de 2022 jan./jun. 2021 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752021000100005

Spink, M. J.; Gimenes, M. G. G. **Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença.** Saúde e sociedade, São Paulo, v. 3, n. 2, p.149-171, 1994.

Spink, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano.** Edição Virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisas sociais, 2010.

Spink, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** Edição Virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisas sociais, 2013.

Spink, M. J.; Menegon, V.M. (2013). **A pesquisa como práticas discursivas: superando os horrores metodológicos.** In: Spink, M. J. (org.). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano. São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. P.; Frezza, R.M. (2013). **Práticas Discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social.** In: Spink, M. J. (org.). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano. São Paulo: Cortez.

Teixeira, M. R., Couto, M. C., & Delgado, P. G. (2017). **Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(6), 1933-1942

UNICEF (2021) O Estado da Crise Educacional Global: Um Caminho para a Recuperação Autor(es) UNICEF Data de publicação Dezembro de 2021 línguas, Inglês, francês, espanhol, português, árabe

Vásquez-Valencia. (2016) A personalidade doente: higiene mental e medicalização da infância. In Caponi, S. Vásquez-Valência, M.F., & Verdi, M. (org)Vigiar e Mediar: estratégias de medicalização da infância. São Paulo: LiberArs,2016, 85-101.

Viégas, L.S.; Ribeiro, M.I.S.; Oliveira, E.C.O.; Teles, L.A.L. (org). Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito? Salvador: Eufba, 2014.

Vorcaro, A, Guedes, R.P & Couto, D (2020) O passo da medicalização da Infância em Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça! /Inês Catão (org.) Salvador: Ágalma , 2020.

Vorcaro, A. (2011). O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In A. Jerusalinsky & S. Fendrik (Orgs.), O livro negro da psicopatologia contemporânea (pp. 219-229). São Paulo: Via Lettera.

Willrich, J.Q. (2009). Os sentidos atribuídos a atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial – contribuições para a enfermagem psiquiátrica [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Pelotas; 2009.

Whitaker, R. **Transformando crianças em pacientes psiquiátricos: fazendo mais mal do que bem.** In Caponi, S. Vásquez-Valência, M.F., & Verdi, M. (org) Vigiar e Mediar: estratégias de medicalização da infância. São Paulo: LiberArs,2016, 13-28.

Whitaker, R., 'Estratégias e Iniciativas Contemporâneas de Desmedicalização', Palestra conferida no 7º Seminário Internacional 'A epidemia das drogas psiquiátricas' em 09 de novembro de 2023 na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Disponível <https://cee.fiocruz.br/?q=Paulo-Amarante-e-Robert-Whitaker-um-olhar-citico-sobre-a-patologizacao-do-sofrimento-psiquico>

Yasui S. (2016) **Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos: atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica em tempos sombrios** [Tese de Livre Docência]. Assis: Universidade Estadual Paulista; 2016.

Zorzanelli, R. T., Ortega, F., & Bezerra Júnior. B (2014). **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. Temas Livres • Ciênc. saúde coletiva 19 (06) • Jun 2014 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>

Zorzanelli, R. T., & Cruz, M.G. A. (2018) **O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970**. Interface (Botucatu). 2018; 22(66):721-31. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>

APÊNDICES

Apêndice A

Roteiro Da Entrevista Semiestruturada

- I. Nessa aproximação inicial, quero que me conte um pouco sobre a sua trajetória acadêmica e profissional e como contribui para a sua atuação no campo da atenção psicossocial na infância?
- II. Como entende o sofrimento psíquico e como é para você cuidar e tratá-lo de crianças com sofrimento dessa natureza?
- III. Quem são as crianças que chegam ao Capsi/ a nível de gravidade e complexidade do sofrimento? As principais demandas chegam espontaneamente/encaminhamentos (avaliação/laudo cuidado/tratamento)?
- IV. Percebe mudanças significativas pós-pandemia de covid-19 nessas demandas?
- V. Em relação a hipótese diagnóstica/diagnósticos de sofrimento na infância (transtornos psiquiátricos, transtornos de aprendizagem, transtornos do neurodesenvolvimento, dentre outros), aqui no serviço o que é mais comum? Como se dá essa construção/fechamento de diagnóstico e acompanhamento da criança?
- VI. Quais são os efeitos disso na vida da criança (na sua relação com a família, com os pares/ com a escola, com a equipe de saúde que a acompanha e com outros pontos de atenção/RAPS)?
- VII. A prescrição de medicamentos (psicotrópicos) para crianças costuma está presente. Como você vê este componente no tratamento? A família e a escola como se apresentam frente à prescrição de psicotrópicos?
- VIII. Que outras alternativas de cuidados/tratamentos o CAPSi dispõe? O serviço consegue fazer encaminhamento implicado, construção permanente da rede, bem como dá importância ao território e à intersetorialidade?
- IX. Como o seu saber-fazer dialoga com profissionais que acompanham as crianças atendidas no serviço (intra e intersetorial) / com a RAPS?
- X. Quais são os principais desafios na direção do tratamento de crianças que estão em sofrimento psíquico? Como se dão os desfechos possíveis no acompanhamento?

Apêndice B –

Exemplo de Mapas dialógicos

Mapa Dialógico 1 – Repertórios Interpretativos acerca da medicalização so sofrimento psíquico

Entrevistado (a)	Repertórios Interpretativos
Amarelinha	<p>[...]o sofrimento mental não escolhe idade, não escolhe classe, cor. Quando a queixa chega, <u>eu tento ouvir e cuidar/tratar daquilo que é a origem.</u> Muita gente que chega aqui tem outras demandas (sociais e familiares), não são do CAPSi.</p> <p>[...]fazer um diagnóstico em equipe, a gente tem <u>dificuldade.</u> Não senta e discute. Isso já me incomodou bastante, mas com o excesso de demandas, <u>se a gente parar para discutir os casos, a gente não anda.</u></p>
Caça ao tesouro	<p>[...]talvez a alteração ao nível neurobiológico, que implica o aprendizado, foi falta de estimulação e de suporte. Então, hoje, avaliar uma criança com essas demandas é um desafio gigantesco. [...]a gente pode pensar aqui com a questão da tecnologia. Está assim hoje, dá um celular, um tablet para a criança, desde pequena. E essa criança? Ela cresce naquele mundo que impera a tecnologia. Menos vida, menos socialização, menos brincar. Uma visão muito superficial faz com que a gente às vezes interprete aquilo como uma demanda de neurodesenvolvimento, um transtorno mental, um sintoma? Em muitos casos, não são.</p>
Cabo de Guerra	<p>[...]eu acho que realmente precisa do laudo. [...]com certeza, <u>porque se retarda o diagnóstico, retarda a condução.</u></p> <p>[...]tanto <u>a escola</u> como os próprios <u>pais começam a pressionar para que se medique muitas crianças.</u> Você, <u>medica para ver se contém um pouco.</u></p>

Esconde-esconde	[...] como os atendimentos são com crianças de famílias que estão em uma condição socioeconômica mais vulnerável, muitas vezes o laudo tem a função de garantir o benefício. Porque é com um laudo que se vai ao INSS. Atesta que é paciente de saúde mental, com alteração de comportamento, que após avaliações prévias têm critérios para ter acesso ao BPC.
Adedonha	[...] sempre tento ver a criança como protagonista e para ver até onde ela pode. Não é o CID quem diz. Se você rotula, não oferece para ela a condição de avançar. [...]a gente senta para discutir (a situação do diagnóstico) com um ou outro profissional, então a gente fecha juntos.
Vivo ou Morto	[...]escola precisa do diagnóstico, precisa de um acompanhante dessa criança, tem que está no laudo. Aí fica a pressão com os pais e os pais trazem a pressão para o serviço. [...]no caso do atendimento das crianças é mais complicado, porque tem o contexto familiar que não contribui tanto... porque a própria família, às vezes a conduta, digamos, da família, já têm pessoas ali que são violentas, são agressivas. Com a proximidade da família, a criança aprende tudo aquilo ali, naquele ambiente. Ela se comporta de um jeito que não aceita regras e acha que em todos os lugares pode desafiar. E às vezes não é a conduta (dela), é a família. Na família não tem estrutura, a família não tem educação, não consegue educar a criança e a medicação fica. A própria família não consegue colocar horários, a família não consegue colocar limite.

Mapa Dialógico 2 – Diagnóstico e Plano Terapêutico

AMARELINHA	CAÇA AO TESOURO	CABO DE GUERRA	ADEDONHA	ESCONDE-ESCONDE	VIVO OU MORTO
	[...]há <u>uma</u> <u>lógica</u> <u>biomédica,</u> <u>centrada</u> <u>no</u>	[...]de modo <u>geral, a gente</u> <u>precisa de uma</u> <u>equipe</u>	[...]não há um compartilhamento do caso. A equipe não é de		

	<p><u>médico, que se alimenta de uma lógica individual do diagnóstico e do tratamento com psicoterapia. Há pouca estruturação em relação à construção do projeto terapêutico singular, um dos objetivos terapêuticos. [...] não se elabora um projeto terapêutico singular, pensando até que a gente pode oferecer algo para que o usuário possa entender, participar, ter melhora e até ter alta</u></p>	<p><u>interdisciplinar, senão a coisa não anda. E a gente não está conseguindo.</u></p>	<p>conversar, de discutir, de pensar sobre o diagnóstico conjuntamente. [...] <u>em relação aos diagnósticos não são feitos em equipe.</u> Nós trabalhamos num serviço em equipe, mas isolados.</p>		
--	---	---	---	--	--

--	--	--	--	--	--

Mapa Dialógico 3 – Medicalização nos processos de escolarização

AMARELINHA	CAÇA AO TESOURO	CABO DE GUERRA	ADEDONHA	ESCONDE-ESCONDE	VIVO OU MORTO
	<p>[...] essas crianças que passaram por esse período mais tortuoso [pandemia] que foi o isolamento, elas retornam à escola e a escola demanda habilidades delas, habilidades de socialização, de apresentação. Mas a gente tem que lembrar que o período da pandemia foi um período</p>	<p>[...]tem muita demanda da escola que não consegue aprender com dificuldade. Tanto a escola como os próprios pais começam a pressionar para medicar muitas crianças.</p> <p>[...]a escola demanda laudo, <u>eu acho que realmente precisa do laudo.</u></p>	<p>[...]o <u>problema é dos profissionais da saúde, porque tem autismo. A gente está colocando o autismo, que hoje é o carro chefe daqui, mas pode ser um TDAH, um TOD.</u></p>	<p>[...]ontem mesmo a mãe daquela criança veio aqui porque precisava <u>pegar um laudo, porque o filho não está aprendendo na escola e porque ele não tem auxiliar.</u></p>	<p>[...]do lado de lá da escola, é uma exigência. A escola precisa do diagnóstico, precisa do laudo, para a criança ter mediadora, para ir ao AEE.</p>

	<p>também de sofrimento emocional e talvez no manejo não houve um manejo para muitas crianças, principalmente crianças carentes, sem acesso a serviços de saúde.</p>	<p><u>[...]com certeza, porque se retarda o diagnóstico, retarda a condução.</u></p> <p><u>[...]tanto a escola como os próprios pais começam a pressionar para que se medique muitas crianças.</u></p> <p><u>Você, medica para ver se contém um pouco.</u></p>			
--	--	--	--	--	--

Registro De Consentimento Livre e Esclarecido- Tcle

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa “Entre saberes e contradições: a produção de sentidos acerca da medicalização do sofrimento psíquico na infância”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Tatiana Tarrão dos Santos , 74 999592218 tatianatarrao@gmail.com (para contato com a pesquisadora responsável) sob a orientação da Profa. Dra. Luciana Duccini luduccini@ufba.br , oriundas da Universidade Federal do Vale do São Francisco, situada na Av. José de Sá Maniçoba, S/N, Centro, Petrolina (PE), CEP: 56304-917. Telefone: (87) 2101 6729.

Ao ler este documento, caso haja alguma dúvida, pergunte à pesquisadora que está lhe entrevistando, para que o(a) senhor(a) esteja bem esclarecido(a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma. Também garantimos que o(a) Senhor(a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade

Informações Sobre a Pesquisa:

O objetivo principal da pesquisa é analisar a produção de sentidos referentes à medicalização do sofrimento psíquico na infância, através de práticas discursivas de profissionais de saúde. Para o alcance do referido objetivo será realizada uma pesquisa de campo tendo como critérios de inclusão: apenas profissionais de saúde (técnicos(as) de nível superior) – sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, trabalhadores(as) da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Juazeiro-BA, que atuam especificamente no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), equipamento que atendem crianças em situação de sofrimento psíquico, atuando no serviço há no mínimo seis meses na área e não se encontrem em licença.

A escolha por essa amostragem se justifica por entender, que estes(as) profissionais têm posição privilegiada, já que atuam de modo multi e interdisciplinar e

a eles(as) são endereçados encaminhamentos de crianças que apresentam comportamentos “desviados” das normas sociais, para avaliação e intervenção (terapias combinadas ao uso de medicamentos/ psicofármacos), nos permitindo talvez uma compreensão mais aprofundada do fenômeno da medicalização da infância. Portanto, serão excluídos profissionais que não se encaixam no perfil supracitado. Será entrevistado(a) um(a) profissional de cada categoria que atua nos equipamentos de saúde em questão, não havendo divulgação dos seus nomes, visando à preservação do direito ao sigilo e a não identificação destes(as).

As entrevistas bem como, as observações serão realizadas no local de trabalho e em horário a ser combinado com os(as) profissionais envolvidos(as) e com autorização prévia do da SESAU e onde o(a) entrevistado(a) está lotado(a), tendo como base a carta de anuência, de modo a não causar prejuízo aos serviços.

É importante salientar que há riscos mínimos e imateriais relativos à autoimagem tendo em vista que o senhor(a) irá fornecer informações de cunho pessoal acerca de suas atribuições profissionais, de seu trabalho diário e da relação com outras equipes de trabalho, o que pode gerar situação de constrangimento. É ainda possível ocorrer desconforto associado a cansaço em decorrência do tempo da entrevista. A fim de evitar estes riscos, foi preparado um roteiro de entrevista cuidadoso, evitando perguntas embaraçosas; a entrevista será em local com privacidade; o trabalho final será redigido respeitando a imagem dos(as) participantes; quanto ao cansaço, além da preparação do roteiro para que não fique longo demais, o(a) participante tem o direito de interromper a entrevista, desistir ou marcar nova data para sua conclusão.

Ademais, o(a) senhor(a) tem a garantia ética acerca do acompanhamento e assistência, que ocorrerá de forma imediata, integral e gratuita (durante, após e/ou na interrupção da pesquisa) caso haja necessidade, bem como a garantia do direito de busca por indenização.

Em virtude da infecção da COVID- 19, faz-se necessário a utilização de medidas de proteção/prevenção para evitar o contágio durante as entrevistas, para tanto a mesma foi agendada previamente e realizadas no local de seu trabalho, onde o ambiente já está diariamente preparado para recebê-lo(a), com todas as medidas já fornecidas pela Secretaria de Saúde do município, contudo, será disponibilizado pela pesquisadora, álcool em gel, máscaras cirúrgicas descartáveis, caneta individual, água mineral individualizada caso o senhor(a) tenha sede, álcool líquido para

higienização da mesa e cadeira a ser utilizada e manutenção de distância adequada entre nós. Recomendo que o(a) senhor(a) tenha tomado todas as doses de vacina da COVID-19, assim como a de reforço antes de aceitar participar.

Os benefícios diretos do presente estudo aos participantes referem-se à possibilidade de produzir uma reflexão sobre o seu “que fazer” (práxis), sobre o fenômeno do sofrimento psíquico de crianças e da medicalização da vida; Ademais, o estudo visa contribuir para a literatura científica, campo de estudo.

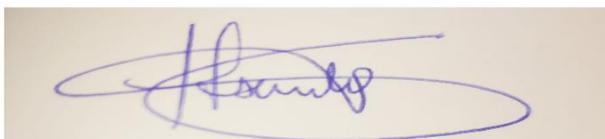
Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa. Os dados coletados serão através das entrevistas, que serão gravadas através de aplicativo do celular e ficarão armazenados no notebook pessoal, protegidos por senha, sob a responsabilidade de Tatiana Tarrão dos Santos, pelo período de no mínimo 05 anos. Informamos também que os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

O(a) senhor(a) possui plena autonomia para não responder quaisquer perguntas que de alguma forma possam lhe constranger, causar-lhe desconforto ou que possa expô-lo(a) de forma indevida, se assim você considerar, ou de não se submeter a qualquer procedimento da pesquisa que considere invasivo ou lhe cause desconforto. Todas as informações prestadas pelo(a) senhor(a) na pesquisa serão mantidas sob sigilo e confidencialidade.

O(a) senhor(a) não terá nenhuma despesa para participar desta pesquisa, ou seja, as despesas para a sua participação já estão previstas no orçamento e são de responsabilidade das pesquisadoras. Ademais, embora a legislação brasileira não permita que você tenha qualquer compensação financeira pela participação em pesquisas, você pode ser ressarcido por despesas previstas ou imprevistas comprovadamente decorrentes da pesquisa.

A pesquisadora responsável que assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza as Resoluções nº510/2016 que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa e a nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar as pesquisadoras pelos meios informados neste documento, através do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Integração do Sertão (FIS) localizado no end: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves, Bairro: CEP: Telefone: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves, Serra Talhada-PE (telefone:87-3831-1749 e Email: cepfis@fis.edu.br) , com funcionamento de segunda a sexta-feira em horário comercial, ou da Comissão Nacional. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Foi criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.



Assinatura da pesquisadora responsável

Nome e assinatura do participante

Apêndice D

Carta de Anuência



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em receber a Graduanda **Tatiana Tarrão dos Santos** do programa de **Graduação em Psicologia** da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, facultando-lhes o uso do Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS i no período de **maio/23 a novembro/2023**, para a realização de pesquisa sob orientação da Professora Luciana Duccini, a fim de obter dados do Projeto intitulado: “Entre saberes e contradições: A produção de sentidos acerca da medicalização do sofrimento psíquico na infância”. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas a serem utilizadas, eu concordo em fornecer todos os subsídios para o desenvolvimento do projeto, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/ 2012 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Juazeiro, 19 de abril de 2023.

ALLAN JONES DE CARVALHO OLIVEIRA COSTA
Secretário Municipal de Saúde



Juazeiro
UM NOVO TEMPO
DE TRABALHO

Avenida Adolfo Viana, Shopping Águas Center – Centro – Juazeiro
Tel. (74) 3612-3550 – Fax: (74) 3612-3634
E-mail: msjuazeiro@yahoo.com.br



VERIFICAÇÃO DAS
ASSINATURAS



Código para verificação: 9055-E1EC-7B39-5F7B

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✓ ALLAN JONES DE CARVALHO OLIVEIRA COSTA (CPF 008.XXX.XXX-71) em 25/04/2023 11:31:27
(GMT-03:00)
Papel Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://juazeiro.1doc.com.br/verificacao/9055-E1EC-7B39-5F7B>

Apêndice E

Parecer do Comitê de Ética

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENTRE SABERES E CONTRADIÇÕES: A PRODUÇÃO DE SENTIDOS ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA INFÂNCIA.

Pesquisador: TATIANA TARRAO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60520222.9.0000.8267

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.881.843

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivos da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa. Data de Submissão do Projeto: 12/07/2022 PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1980971 e/ou do "Projeto Detalhado" (projetoTTARRAO_CEP):

Resumo:

A medicalização é o processo de transformar questões, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, uma vez que, busca encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas de natureza não-médica. A nosso ver, no cenário atual há uma supervalorização de determinados diagnósticos, ou seja, uma necessidade de categorizar e normalizar comportamentos e emoções de crianças, o que nos convoca a pensar que na contemporaneidade, tem acontecido uma abordagem unidimensional para um fenômeno que é complexo. Na contramão da ciência das evidências, das verdades, assumimos um posicionamento que se ampara teórica e metodologicamente no Construcionismo Social. Destarte, a partir do presente estudo, analisaremos a produção de sentidos referentes à medicalização do sofrimento psíquico na infância, através de práticas discursivas de profissionais que atuam na saúde pública.

Hipótese:

Endereço: Rua João Luís de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES **CEP:** 56.909-202
UF: PE **Município:** SERRA TALHADA
Telefone: (37)3831-1746 **E-mail:** cepfis@fis.edu.br

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO DO SERTÃO - FIS



Continuação do Parecer: 5.891.803

Não se aplica.

Metodologia Proposta:

Tipo de Estudo: Pesquisa de cunho qualitativo, tendo como fundamento teórico-metodológico as Práticas Discursivas, filiado à base Epistemológica do Construcionismo Social (SPINK, 2010).

Local e Período do Estudo: A realização do estudo será no contexto da Atenção Básica (AB) e em serviços específicos da Média Complexidade (MC) na cidade de Senhor do Bonfim-BA, município que está localizado no norte do estado da Bahia, na região denominada de Piemonte da Diamantina, distante 376 quilômetros da capital, Salvador.

Participantes: A amostra será composta de: enfermeiros(as) e médicos(as), psicólogos(as), fonoaudiólogos(as), psiquiatra e neuropediatra – sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, todos(as) trabalhadores(as) de alguns equipamentos de saúde da Atenção Básica e Médica Complexidade. Será entrevistado(a) um(a) profissional de cada categoria que atua nos equipamentos de saúde quem atende crianças com sofrimento psíquico, não havendo divulgação dos seus nomes, visando à preservação do direito ao sigilo e a não identificação destes(as).

Instrumentos e Técnicas de Pesquisa: Para a coleta de dados serão utilizadas as técnicas de observação participante, registro em diário de campo e entrevistas semiestruturadas.

Métodos de Análise dos Dados: Após a coleta de dados, as entrevistas serão gravadas e logo transcritas na íntegra, sendo assegurada uma transcrição fidedigna dos relatos dos(as) participantes. Como instrumento a ser usado na análise dos dados, são necessários dois passos iniciais que darão base para a elaboração dos mapas dialógicos: 1) a transcrição sequencial (TS) e 2) a transcrição integral (TI). Os mapas dialógicos nos possibilitam dar visibilidade à interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, às rupturas, ao processo de produção, a disputas e negociações de sentidos, às relações de saber-poder e a jogos de posicionamento (NASCIMENTO et. al, 2014). Ainda Nascimento et al (2014), ao propor mapas dialógicos, atrela-se diretamente ao referencial teórico-metodológico com o qual trabalhamos, haja vista que consideramos relevante dar visibilidade ao processo de análise e ao contexto de coprodução das práticas discursivas. Acrescentam que, quando estudamos as práticas discursivas o interesse maior é no modo como as pessoas falam, nos repertórios linguísticos usados ao descreverem o mundo em que vivem, assim como nas outras vozes presentificadas nessas falas, textos ou imagens.

Ética na Pesquisa: Esse projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) para contemplar as exigências da Resolução nº 466/2012 e a nº 510/2016, as quais regem as pesquisas em ciências da saúde e as ciências humanas e sociais, respectivamente.

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES **CEP:** 56.509-305
UF: PE **Município:** SERRA TALHADA
Telefone: (87)3831-1749 **E-mail:** cspfis@fis.edu.br

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO DO SERTÃO - FIS



Continuação do Protocolo: 5.891.843

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a produção de sentidos referentes à medicalização do sofrimento psíquico na infância, através de práticas discursivas de profissionais de saúde.

Objetivo Secundário:

- I. Identificar disputas de sentidos na literatura e no campo acerca do fenômeno "medicalização do sofrimento psíquico na infância";
- II. Visibilizar repertórios interpretativos mobilizados pelos profissionais de saúde ao produzir sentidos referentes ao sofrimento psíquico de crianças;
- III. Verificar as relações de saber-poder e jogos de posicionamento frente à medicalização da infância;
- IV. Compreender como a trajetória das práticas de cuidados vem sendo construída;
- V. Identificar qual é paradigma do cuidado (biomédico ou psicossocial) ofertado às crianças em sofrimento psíquico por profissionais de saúde;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo oferece oferece riscos que podemos categorizar como mínimos e de caráter imaterial, como desconforto e um possível constrangimento durante as entrevistas em decorrência da possibilidade de os/as participantes ficarem às voltas com alguma vivência relativa à praxis e até mesmo de experiências pessoais desagradáveis, ao elucubrar sobre o tema pesquisado. Para minimizar tais riscos, as seguintes medidas serão adotadas:

- a) será oferecida uma "carta de apresentação da pesquisa e da pesquisadora aos(as) profissionais de saúde" e um "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", obedecendo às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, que regem as pesquisas em ciências da saúde e ciências humanas e sociais. Será reforçado que têm o direito de desistência em qualquer etapa da pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato;
- b) serão explicitados os objetivos do estudo aos sujeitos da pesquisa, ressaltando que a entrevista ocorrerá de modo aberto e livre, com intuito de não causar constrangimentos ou desconforto psicológico, contudo se ocorrer, interromperemos imediatamente a fim de o(a) participante poder reavaliar se deseja continuar ou não;
- c) quanto à publicação dos resultados, a pesquisadora assume o compromisso de que os resultados da pesquisa serão divulgados de modo a preservar a autoimagem e identidade dos(as) participantes,

Endereço: Rua João Luís de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
 Bairro: TANCREDO NEVES CEP: 56.909-205
 UF: PE Município: SERRA TALHADA
 Telefone: (87)3831-1748 E-mail: cefis@fis.edu.br

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



Continuação do Parecer: 5.881.863

Análise: ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados pelo no CEP, conforme Norma Operacional 001/2013, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P PROJETO_1980971.pdf	04/01/2023 16:01:08		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	27/10/2022 14:31:26	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Outros	CARTAREPOSTACEFFIS.docx	27/10/2022 14:31:12	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_CONIFENCIALIDADE.doc	27/10/2022 14:30:45	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTTARRAO.pdf	27/10/2022 14:29:15	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	cronogramaPESQUISA.docx	27/10/2022 14:21:00	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/10/2022 14:19:42	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Outros	ROTEIROENTREVISTA.docx	11/07/2022 22:49:53	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	cartadeanuencia.pdf	11/07/2022 22:39:04	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoCEP.pdf	11/07/2022 22:30:10	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES CEP: 56.909-205
UF: PE Município: SERRA TALHADA
Telefone: (87)3031-1749 E-mail: cepfis@fis.edu.br

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



Continuação do Parecer: 5.881.863

SERRA TALHADA, 08 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
Lidia Pinheiro da Nóbrega
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES CEP: 56.909-205
UF: PE Município: SERRA TALHADA
Telefone: (37)3831-1749 E-mail: capfis@fis.edu.br

Página 08 de 08

Apêndice F

Parecer do Comitê de Ética sobre a Emenda



FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ENTRE SABERES E CONTRADIÇÕES: A PRODUÇÃO DE SENTIDOS ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA INFÂNCIA

Pesquisador: TATIANA TARRAO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 60920222.9.0000.8267

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

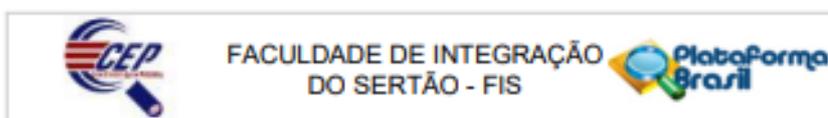
Número do Parecer: 6.576.503

Apresentação do Projeto:

A medicalização é o processo de transformar questões, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, uma vez que, busca encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas de natureza não-médica. A nosso ver, no cenário atual há uma supervalorização de determinados diagnósticos, ou seja, uma necessidade de categorizar e normalizar comportamentos e emoções de crianças, o que nos convoca a pensar que na contemporaneidade, tem acontecido uma abordagem unidimensional para um fenômeno que é complexo. Na contramão da ciência das evidências, das verdades, assumimos um posicionamento que se ampara teórica e metodologicamente no Construcionismo Social. Destarte, a partir do presente estudo, analisaremos a produção de sentidos referentes à medicalização do sofrimento psíquico na infância, através de práticas discursivas de profissionais que atuam na saúde pública.

No decurso de minha experiência clínica (entenda-se, clínica ampliada) com crianças, tenho me deparado corriqueiramente com discursos que dizem respeito ao modo de tratar e cuidar do mal-estar e do sofrimento psíquico nessa fase da vida, que se apoiam predominantemente num olhar medicalizante, psicologizante e patologizante. Esses elementos permeiam a relação dialógica com profissionais da saúde, da educação, com a família e até mesmo com crianças que se apresentam com uma proposta de diagnóstico, o que tem me mobilizado a investigar como é a produção de sentidos referente à medicalização do sofrimento psíquico na infância, o lugar dos diagnósticos de

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES **CEP:** 56.909-205
UF: PE **Município:** SERRA TALHADA
Telefone: (87)3831-1749 **E-mail:** cepfis@fis.edu.br



Continuação do Pensar: 6.576.503

transtornos específicos e a patologização – em idades cada vez mais precoces, o lugar do recurso farmacológico no tratamento assim como de outras terapêuticas perante o sofrimento psíquico de crianças, através de práticas discursivas de profissionais que atuam em serviços de saúde. A nosso ver, no cenário atual há uma supervalorização de determinados diagnósticos, ou seja, uma necessidade de categorizar e normalizar comportamentos e emoções de crianças, que têm se sobressaído com a publicação de manuais psiquiátricos como o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), cujo objetivo parece ser transformar comportamentos e/ou acontecimentos, muitas vezes, passageiros ou transitórios, constituídos por uma multiplicidade de fatores em sintomas psicopatológicos/diagnósticos psiquiátricos na infância (Cristiane et al., 2018). Desta forma, compreender ações patologizantes nas práticas de cuidado do sofrimento psíquico na infância nos convoca a pensar que na contemporaneidade, tem acontecido uma abordagem unidimensional para um fenômeno que é complexo. A categorização diagnóstica e a intervenção por meio de medicamentos tomaram-se as principais respostas frente ao sofrimento psíquico (o boom do TDAH, TEA, TOD, etc., talvez explica isso) e as crianças não escapam a essa norma. Considerando que este processo pode desencadear diversas práticas de cuidado baseadas em intervenções a partir de uma racionalidade organicista e de prescrição farmacológica, como forma primordial de cuidado, questionamos quais os efeitos dessa difusão e incorporação de siglas, as quais remetem crianças e adolescentes a uma classificação identificatória, impondo um diagnóstico a partir de um conjunto de sinais e comportamentos? Como a trajetória das práticas de cuidados vem sendo construída e qual a importância de ser repensada? Qual é o paradigma de cuidado (biomédico ou psicossocial) ofertado às crianças em sofrimento psíquico por profissionais de saúde? Quais são os repertórios interpretativos mobilizados pelos profissionais de saúde ao produzir sentidos referentes ao sofrimento psíquico de crianças? Quais são as disputas de sentidos na literatura e no campo acerca do fenômeno “medicalização do sofrimento psíquico na infância”? e, quais são os efeitos das relações de saber-poder e jogos de posicionamento frente à medicalização da infância? Destarte, a partir do presente estudo, nosso objetivo é analisar a produção de sentidos referentes à medicalização do sofrimento psíquico na infância, através de práticas discursivas de profissionais que atuam na saúde pública.

Metodologia Proposta:

Tipo de Estudo Pesquisa de cunho qualitativo, tendo como fundamento teórico-metodológico as Práticas Discursivas, filiado à base Epistemológica do Construcionismo Social (SPINK, 2010). Local e Período do Estudo A realização do estudo será no contexto da Atenção Básica (AB) e em serviços

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
 Bairro: TANCREDO NEVES CEP: 56.909-205
 UF: PE Município: SERRA TALHADA
 Telefone: (37)3031-1749 E-mail: capfis@fis.edu.br



FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



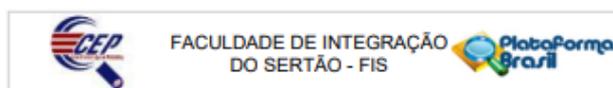
Continuação do Protocolo: 6.576.803

específicos da Média Complexidade (MC) na cidade de Senhor do Bonfim-BA, município que está localizado no norte do estado da Bahia, na região denominada de Piemonte da Diamantina, distante 376 quilômetros da capital, Salvador. Participantes A amostra será composta de: enfermeiros(as) e médicos(as), psicólogos(as), fonoaudiólogos(as), psiquiatra e neuropediatra – sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, todos(as) trabalhadores(as) de alguns equipamentos de saúde da Atenção Básica e Médica Complexidade. Será entrevistado(a) um(a) profissional de cada categoria que atua nos equipamentos de saúde quem atende crianças com sofrimento psíquico, não havendo divulgação dos seus nomes, visando à preservação do direito ao sigilo e a não identificação destes(as) instrumentos e Técnicas de Pesquisa Para a coleta de dados serão utilizadas as técnicas de observação participante, registro em diário de campo e entrevistas semiestruturadas. Métodos de Análise dos Dados Após a coleta de dados, as entrevistas serão gravadas e logo transcritas na íntegra, sendo assegurada uma transcrição fidedigna dos relatos dos(as) participantes. Como instrumento a ser usado na análise dos dados, são necessários dois passos iniciais que darão base para a elaboração dos mapas dialógicos: 1) a transcrição sequencial (TS) e 2) a transcrição integral (TI). Ética na Pesquisa Esse projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) para contemplar as exigências da Esse projeto já foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) para contemplar as exigências da Resolução no 580 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS. Ressalta-se que a pesquisadora se compromete a coletar os dados somente após todas as aprovações, do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/CONEP.

Critério de Inclusão:

Para o alcance do referido objetivo será realizada uma pesquisa de campo tendo como critérios de inclusão: apenas profissionais de saúde (técnicos(as) de nível superior) – sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, trabalhadores(as) da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Juazeiro-BA, que atuam especificamente no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSIj), equipamento que atendem crianças em situação de sofrimento psíquico, atuando no serviço há no mínimo seis meses na área e não se encontram em licença. A escolha por essa amostragem se justifica por entender, que estes(as) profissionais têm posição privilegiada, já que atuam de modo multi e interdisciplinar e a eles(as) são endereçados encaminhamentos de crianças que apresentam comportamentos "desviados" das normas sociais, para avaliação e intervenção (terapias combinadas ao uso de medicamentos/ psicofármacos), nos permitindo talvez uma compreensão

Endereço: Rua João Luiz de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES CEP: 56.909-205
UF: PE Município: SERRA TALHADA
Telefone: (87)3831-1749 E-mail: cepfis@fis.edu.br



Continuação do Projeto: 6.576.903

mais aprofundada do fenômeno da medicalização da infância.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos profissionais que não se encaixam no perfil supracitado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a produção de sentidos referentes à medicalização do sofrimento psíquico na infância, através de práticas discursivas de profissionais de saúde.

Objetivo Secundário:

I. Identificar disputas de sentidos na literatura e no campo acerca do fenômeno "medicalização do sofrimento psíquico na infância"; II. Visibilizar repertórios interpretativos mobilizados pelos profissionais de saúde ao produzir sentidos referentes ao sofrimento psíquico de crianças; III. Verificar as relações de saber-poder e jogos de posicionamento frente à medicalização da infância; IV. Compreender como a trajetória das práticas de cuidados vem sendo construída; V. Identificar qual é paradigma do cuidado (biomédico ou psicossocial) ofertado às crianças em sofrimento psíquico por profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo oferece oferece riscos que podemos categorizar como mínimos e de caráter imaterial, como desconforto e um possível constrangimento durante as entrevistas em decorrência da possibilidade de os/as participantes ficarem às voltas com alguma vivência relativa à praxis e até mesmo de experiências pessoais desagradáveis, ao elucubrar sobre o tema pesquisado. Para minimizar tais riscos, as seguintes medidas serão adotadas: a) será oferecida uma "carta de apresentação da pesquisa e da pesquisadora aos(as) profissionais de saúde" e um "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", obedecendo às Resoluções Resoluções no 510/2016 que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa e a no 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS.

Será reforçado que têm o direito de desistência em qualquer etapa da pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato; b) serão explicitados os objetivos do estudo aos sujeitos da pesquisa, ressaltando que a entrevista ocorrerá de modo aberto e livre, com intuito de não causar constrangimentos ou desconforto psicológico, contudo se ocorrer, interromperemos imediatamente a fim de o(a) participante poder reavaliar se deseja continuar ou não; c) quanto à

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
 Bairro: TANCREDO NEVES CEP: 56.909-205
 UF: PE Município: SERRA TALHADA
 Telefone: (87)3031-1749 E-mail: cepfis@fis.edu.br



FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



Continuação do Protocolo: 6.576.903

publicação dos resultados, a pesquisadora assume o compromisso de que os resultados da pesquisa serão divulgados de modo a preservar a autoimagem e identidade dos(as) participantes, visando garantir o respeito e a dignidade na redação do texto final, assim como garantir o sigilo absoluto referente às informações pessoais; d) em virtude da infecção da COVID-19, faz-se necessário a utilização de medidas de proteção/prevenção para evitar o contágio durante as entrevistas, para tanto a entrevista será agendada previamente e realizadas no local de seu trabalho, onde o ambiente já está diariamente preparado para recebê-lo(a), com todas as medidas já fornecidas pela Secretaria de Saúde do município. Será disponibilizado álcool em gel, caneta individual e distância adequada entre participante e pesquisadora. Logo, vamos resguardar os direitos dos (as) participantes, garantindo que tenham informações sobre a pesquisa; que possam desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo; que terão respeito à privacidade; terão garantida a confidencialidade das informações pessoais; que possam decidir se as informações fornecidas podem ser tratadas de forma pública; que terão indenização caso haja dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Benefícios:

Acredita-se que a pesquisa trará benefícios diretos aos(as) participantes, referentes à possibilidade de produzir uma reflexão sobre o seu "que fazer" (práxis) na clínica das infâncias, sobre o fenômeno do sofrimento psíquico de crianças e de da medicalização da vida; a produção de conhecimento suscitada por esta pesquisa mostra-se relevante enquanto estratégia que problematiza o imperativo do discurso médico-científico e práticas normalizantes de toda e qualquer manifestação de sofrimento psíquico na infância. Nessa perspectiva, pode trazer elementos que, em alguma medida, favoreçam repensar as práticas de cuidados construídas, ou seja, à desmedicalização de crianças. Além disso, certamente irá contribuir para a literatura científica, campo de estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "conclusões ou pendências e lista de inadequações".

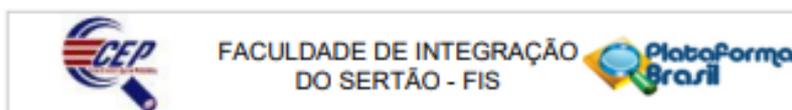
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "conclusões ou pendências e lista de inadequações".

Recomendações:

Vide campo "conclusões ou pendências e lista de inadequações".

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES CEP: 56.909-205
UF: PE Município: SERRA TALHADA E-mail: cep/fis@fis.edu.br
Telefone: (87)3031-1749



Continuação do Parecer: 6.576.903

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta de parecer pendente anterior.

Análise: ATENDIDA.

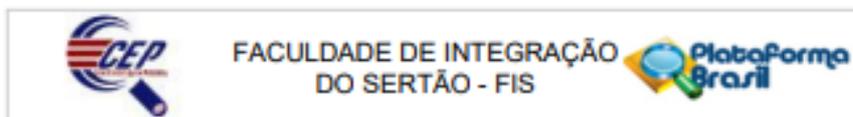
Considerações Finais a critério do CEP:

Resalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados pelo no CEP, conforme Norma Operacional 001/2013, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_214114_1_F1.pdf	17/11/2023 15:01:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	role2023.docx	16/11/2023 23:01:15	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoTTARRAO2023.docx	16/11/2023 23:00:39	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Outros	CARTA23.docx	16/11/2023 22:58:42	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Outros	Submissao_de_Emenda_assinado.pdf	14/05/2023 13:52:01	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.docx	27/10/2022 14:31:26	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Outros	CARTARESPOSTACEPFIS.docx	27/10/2022 14:31:12	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.doc	27/10/2022 14:30:45	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	cronogramaPESQUISA.docx	27/10/2022 14:21:00	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Outros	ROTEIROENTREVISTA.docx	11/07/2022 22:49:53	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	cartadeanuencia.pdf	11/07/2022 22:39:04	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoCEP.pdf	11/07/2022 22:30:10	TATIANA TARRAO DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
 Bairro: TANCREDO NEVES CEP: 56.909-205
 UF: PE Município: SERRA TALHADA
 Telefone: (87)3831-1749 E-mail: cepfis@fis.edu.br



Continuação do Parecer: 6.576.903

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SERRA TALHADA, 13 de Dezembro de 2023

Assinado por:

Lidia Pinheiro da Nóbrega
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves
Bairro: TANCREDO NEVES **CEP:** 56.909-205
UF: PE **Município:** SERRA TALHADA
Telefone: (37)3831-1749 **E-mail:** cepfis@fis.edu.br

