



UFAM

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO**

HÍTALLA FERNANDES DOS SANTOS

**SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA: REFLEXÕES SOBRE A DEMANDA
DE UM CAPSi**

MANAUS – AM

2018

HÍTALLA FERNANDES DOS SANTOS

**SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA: REFLEXÕES SOBRE A DEMANDA
DE UM CAPSi**

Dissertação apresentada por Hítalla Fernandes dos Santos, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Processos Psicossociais, da Universidade Federal do Amazonas, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia sob a orientação da Prof.^a Dr.^a: Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira.

MANAUS – AM

2018

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Santos, Hítalla Fernandes dos

S237s Saúde mental e infância : Reflexões sobre a demanda de um
CAPSi / Hítalla Fernandes dos Santos. 2018

111 f.: 31 cm.

Orientadora: Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicossociais) -

Universidade Federal do Amazonas.

1. Saúde Mental Infantil. 2. Infância. 3. CAPSi. 4. Patologização.
5. Medicalização. I. Oliveira, Adriana Rosmaninho Caldeira de II.
Universidade Federal do Amazonas III. Título

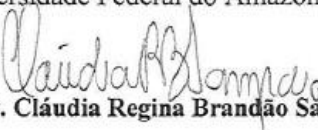
HÍTALLA FERNANDES DOS SANTOS

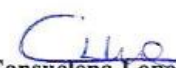
“SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA: REFLEXÕES SOBRE A DEMANDA DE UM CAPSi.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, **Linha de Processos Psicossociais.**

Aprovado em 25 de outubro de 2018.


Prof.ª Dr.ª Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira
Universidade Federal do Amazonas


Prof.ª Dr.ª Cláudia Regina Brandão Sampaio
Universidade Federal do Amazonas


Prof.ª Dr.ª Consuelena Lopes Leitão
Universidade Federal do Amazonas

DEDICATÓRIA

Com todo meu amor para Júlia,
Minha melhor parte.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por tudo, por nunca desistir de mim e por me amar mesmo sem eu merecer, a Ele toda honra, toda glória e todo louvor.

Ao meu grande amor, Júlia, que ao nascer me fez mãe. Você me mantém em pé filha, sem você tudo perde o brilho. Seu sorriso, seus carinhos, até mesmo suas chatices me motivam a não desistir. Sei que minha ausência foi sentida e reclamada várias vezes para sua avó, mas agradeço por você ser essa criança amorosa e companheira. Eu te amo!

À minha família que por mais singular que seja sempre primou pelo Ensino. Ao meu pai Paulo por sempre acreditar em mim, a minha mãe Luiza por caminhar ao meu lado, por cuidar da Júlia em minha ausência, e ao meu irmão Ramon que é um tio e tanto para Júlia, ao meu irmão Dallas, que mesmo longe sei que torceu muito por esta conquista.

Aos amigos mais chegados que um irmão Éllem e Carlos pelo apoio e amizade desinteressada que tem por mim, que conseguem ver em mim atributos que nem eu mesma vejo, e que dentro das suas possibilidades fizeram além. Minha gratidão.

Às minhas amigas e companheiras de laboratório, Dayana, Denise e Mayara que sempre estiveram dispostas com o coração sincero a ajudar-me com as questões metodológicas do projeto e dissertação e também assuntos da vida. Vocês são espetaculares, obrigada meninas.

Ao querido colega Rafael, que mesmo sendo de outro PPG não mediu esforços para ajudar-me no uso do SPSS. Você foi incrível!

À querida Mell que muito ajudou com as traduções dos resumos construídos. Muito obrigada!

Às professoras Iolete Silva, Cláudia Sampaio e Consuelena Leitão, pelas contribuições pertinentes dadas a este projeto, proporcionando direções mais seguras e pontuais para esta pesquisa.

À Direção e profissionais do CAPSi Leste que me deixaram à vontade durante todo tempo que estive ali, permitiram-me conhecer e vivenciar experiências únicas e especiais.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas – FAPEAM pelo apoio financeiro nesta caminhada.

E, por último, e não menos importante, à minha orientadora Adriana Caldeira que foi muito mais que professora e orientadora nesta jornada; tornou-se uma amiga. Por acreditar em mim, pela acolhida quanto ao meu desejo de pesquisa, pela escuta, pelas caronas, por ser humana e excelente profissional que é. Meu respeito e admiração.

*Nada mais rico do que aprender com elas a olhar o mundo.
Nada mais fascinante do que caminhar pelos seus
imaginários. Nada mais instigante do que ter a possibilidade
de chegar a um destino onde o caminho não está dado,
precisa ser construído num processo constante de interações.*

(Mubarak Sobrinho)

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo analisar a demanda psiquiátrica acolhida no Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi Leste de Manaus, logo, embasamo-nos nas políticas públicas em saúde mental infantojuvenil. Investigamos quais os transtornos mentais prevalentes em crianças de 6-10 anos, quais motivos/queixas são apresentados pelos responsáveis da criança no momento do acolhimento, bem como a dinâmica estabelecida entre a equipe no tratamento ou em eventuais novos encaminhamentos. O referencial teórico utilizado aborda temas complementares e que dialogam entre si sobre a saúde mental e infância a partir da percepção e conceitos da Psicologia Social Crítica. Para tanto, inicialmente traça-se a trajetória histórica da infância no Mundo, no Brasil e também no Amazonas, apontando para a existência da pluralidade infantil, bem como a urgência em reconhecer as singularidades que constituem cada criança. Em um segundo momento, faz-se importante traçar o percurso histórico trilhado no campo da saúde mental no Brasil e no Amazonas; o qual reflete um atraso significativo na implantação da política pública instituída pelo Ministério da Saúde. Fecha-se o referencial teórico ao abordar a patologização e medicalização infantil como dispositivo do biopoder, que torna a criança em corpo dócil com medicamento na busca que ela responda exatamente o que desejam. Como recurso metodológico aprofundamo-nos no campo-tema a partir da entrada no CAPSi Leste, utilizando a análise documental dos prontuários, observação participante e entrevista aberta com a Direção, onde foram extraídas narrativas ficcionais que se entrelaçaram com as narrativas colhidas na vivência de anos com crianças pequenas e seus pais no âmbito escolar, como instrumentos. Analisamos 146 prontuários, sendo 115 de meninos e de 31 meninas; foi realizado um levantamento estatístico acerca de todos os prontuários destas crianças/usuárias acolhidas pelo CAPSi Leste no período de julho de 2016 a junho de 2017, os dados foram dispostos no SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*. Acreditamos que os números apresentados vão além do quantitativo: eles revelam informações intrinsecamente ligadas ao serviço ofertado pelo CAPSi. Mediante as narrativas ficcionais construídas e análise qualitativa dos dados, concluímos que mesmo diante de uma realidade histórica social diferente do período higienista ocorrido até a metade do século XIX, onde a própria concepção de infância não é a mesma; é possível encontrar ações semelhantes que continuam regendo a prática dos profissionais no serviço de saúde mental. Tal realidade encontra respaldo na dinâmica de trabalho estabelecida pelo CAPSi Leste, cuja investigação revelou que a grande maioria dos transtornos mentais acolhidos estão relacionados ao comportamento da criança, são os transtornos de conduta e TDAH os mais atendidos; bem como revelou a expressividade de crianças pequenas medicadas com Risperidona apresentada como a fórmula mágica capaz de modificar o comportamento agitado da criança. A investigação revelou ainda o quão distante estamos enquanto Estado do Amazonas do que é preconizada na Portaria GM nº 336, tendo um CAPSi para uma cidade de mais de 2 milhões de pessoas, implicando diretamente nas práticas diárias dos profissionais, resultando em um grande número de novos encaminhamentos para serviços que poderiam ser tratados internamente, não fosse a lista de espera.

Palavras-chave: Saúde mental infantil; Infância; CAPSi; Patologização; Medicalização.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the psychiatric demand that is present at the Psychosocial Attention Center – *CAPSi* (in Portuguese) – in east side of Manaus, so it is based on public policies on children and teenaged's mental health. It was studied and researched the mental disorders prevalent in children between 6 to 10 years old, the reasons and the complaints that are presented by the child's parents or their responsible at the time of the hosted, and the dynamics established in the team in treatment or in some new referrals. The theoretical references used address complementary themes and they interact with themselves about mental health and childhood from the perception and concepts of Critical Social Psychology. First, it is described the historical trajectory of childhood in the World, in Brazil and also in the State of Amazonas, indicating the existence of children's plurality, as well as the urgent need to recognize unique features of each child. In a second time, it is important to relate the historical evolution of the mental health field in Brazil and in the State of Amazonas; it reflects a significant delay in the implementation of public policy established by the Health Ministry. The theoretical referential is closed when the pathologization and the children medicalization are addressed as a device of biopower, that make the child in docile body with medicine in the search to that it responds exactly what they want. As a methodological resource this study goes deeper in the field-theme from the entrance into East *CAPSi*, using the documentary analysis of medical records and the participant observation, and open interview with the Direction of the place, from where fictional narratives were extracted and interlinked with the narratives that were collected in the experience of years with young children and their parents in the school level as a means of. It was analyzed 146 medical records, 115 were from boys and 31 were from girls; a statistical survey was made on all the medical records of these children hosted by the East *CAPSi* in the period from July 2016 to June 2017, the data were entered into the Statistical Package for Social Sciences – SPSS. It is believe that the figures presented go beyond the quantitative. Intrinsically, they indicate information associated to the service offered by East *CAPSi*. Through the fictional narratives constructed and qualitative analysis of the data, it is concluded that in the face of a different social historical reality hygienist period, occurred until the middle of the 19th century, where the real conception of childhood is not the same, it is possible to find similar actions that lead the practice of professionals in the mental health service. This reality finds support in the dynamics of work established by East *CAPSi*. The research has shown that the vast majority of the mental disorders received are related to the child's behavior. The most attended are conduct disorders and Attention Deficit Hyperactivity Disorder - AD/HD or *TDAH* (in Portuguese). It also showed the young children expressiveness medicated with Risperidon, presented as the magic formula that is capable of changing the child's restless behavior. The research also revealed how distant the State of Amazonas is from that is recommended in GM Ordinance No. 336, it has a *CAPSi* for a city with more than 2 million people. Directly, it implies in the daily professionals practices and results in a large number of new referrals to services that could be attend internally, it was not the waiting list.

Keywords: Childhood mental health; Infancy; *CAPSi*; Pathologization; Medicalization.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AM – Apoio Matricial

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEDICA – Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

GESAU – Gerência de Gestão da Educação na Saúde

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

COMDICA – Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente

CONANDA – Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente

DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISAT – Instituto Silvério de Almeida Tundis

LABINS – Laboratório de Intervenção Social e Desenvolvimento Comunitário

MP – Ministério Público

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

SAM – Serviço de Assistência a Menores

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade

UNICEF – Fundo das Nações Unidas

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Consumo mensal de metilfenidato industrializado no Brasil entre 2009 e 2011.

Gráfico 02: Acolhimentos realizados no CAPSi Leste

Gráfico 03: Encaminhamento recebido

Gráfico 04: Motivos dos encaminhamentos

Gráfico 05: Tratamento ofertado

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Quanto ao Gênero e Idade

Tabela 02: Diagnósticos prevalentes no CAPSi Leste no período de Junho/16 a Julho/17

Tabela 03: Sobre o uso de medicamentos

Tabela 04: Medicamentos Utilizados nos tratamentos

Tabela 05: Permanência no CAPSi Leste e Novos Encaminhamentos

Tabela 06: Correlações SPSS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA	15
2 SOBRE O ESTUDO	20
2.1. Objetivos	20
Objetivo Geral.....	20
Objetivos Específicos.....	20
3. MÉTODO E TÉCNICAS	21
3.1. Estrutura da dissertação.....	24
4. ARTIGO 01: Uma viagem à construção da infância numa perspectiva da Psicologia Social Crítica: uma revisão de literatura	25
4.1. Introdução	25
4.2. A infância no mundo	26
4.3. A infância no Brasil.....	28
4.4. A infância no Amazonas	36
4.5. Considerações Finais.....	39
4.6. Referências.....	41
5. ARTIGO 02: A trajetória histórica da saúde mental infantil no Brasil e no Amazonas	43
5.1. Introdução/ Justificativa/Métodos	43
5.2. Saúde Mental no Brasil: Instituições, modelo hospitalocêntrico e a reforma psiquiátrica....	44
5.3. Sobre a Saúde Mental Infantil no Brasil	50
5.4. Reforma psiquiátrica no Amazonas e a criação do CAPSi Leste.....	53
5.5. Considerações Finais.....	60
5.6. Referências.....	62
6. ARTIGO 03: Patologização e medicalização infantil: um olhar foucaultiano	65
6.1. Introdução	65
6.2. Método	66
6.3. Discussão dos resultados.....	66
6.3.1. Breves Considerações sobre Normal e Patológico.....	66
6.3.2. Escola: Espaço de Liberdade ou Disciplinar?	68
6.3.3. Medicalização como Dispositivo Médico-disciplinar	72
6.4. Considerações finais.....	77
6.5. Referências.....	78

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA	80
7.1. A demanda do CAPSi Leste.....	81
7.2. Dos motivos para o tratamento.....	87
7.3. Novos encaminhamentos, por quê?.....	96
7.4. Considerações Finais – A procura de um novo caminho	100
REFERÊNCIAS	104
ANEXO	108
Anexo I – Parecer do Comitê de Ético em Pesquisa (CEP)	108

1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Vivemos atualmente em uma sociedade comandada por vozes adultas. Ouso dizer que parece estarmos diante de uma sociedade que trilha sua caminhada pautada nas necessidades dos adultos. Contudo, a infância tem sido o tema de grande interesse para inúmeros pesquisadores. Estudiosos contemporâneos de diversas áreas do conhecimento buscam, através de suas pesquisas, propor novas maneiras de cuidar, tratar, entender, conhecer. Alguns ainda apostam apresentar dicas de como os pais devem educar as crianças.

É certo que neste mundo repleto das necessidades dos adultos também vivem as crianças: elas estão em toda parte, basta olhar para os lados e a cada novo dia milhares delas chegam ao mundo. E entre estas muitas crianças, há aquelas que são amadas e respeitadas, mas há também nesta mesma sociedade aquelas que não foram desejadas, que sofrem abusos, são exploradas, rotuladas e que vivem à margem da sociedade. Entretanto, apesar destas especificidades, elas não deixam de ser crianças, seres individuais que estão inseridas em um contexto coletivo.

Contemporaneamente tem sido uma prática comum em conversas do cotidiano, adultos mencionar que as crianças de hoje são mais espertas, inteligentes e independentes do que as crianças do passado; contudo, também é comum observamos a negligência que muitos adultos têm pelas crianças. Assim, podemos inferir que ao mesmo tempo em que a sociedade contemporânea tenta afastar a invisibilidade e insignificância em relação a infância da Idade Média, a mesma apresenta comportamentos cotidianos para com as crianças semelhantes, muitas vezes tornando-as insignificantes ou mesmo um objeto de entretenimento ou de *status*.

Etimologicamente, o termo infância é proveniente do latim *infantia*, que vem do verbo *fari*, que significa falar; especificamente do seu particípio presente *fan*, que vem a ser falante, e de sua negação *in*; referindo-se a idade das crianças que ainda não falavam (MOTA, (2016). O termo infância¹ ganhou representações mais modernas a partir do século XX. Anterior a este período quando se falava em infância, atribuía-se a crianças e adolescentes e mais precisamente, estava relacionado a dependência que estes tinham por conta da idade. (ARIÈS, 1981).

¹Conceito amplamente detalhado no primeiro artigo desta dissertação.

Ariès (1981) conhecido e respeitado por ter sido um dos pioneiros a debruçar-se sobre as questões históricas relacionadas à infância, afirma que antes do século XX as crianças eram tratadas como mini-adultos, não se tinha interesse pelo período da infância, por considerarem que este não era relevante.

Criança e infância, qual a diferença? Como mencionado, a infância antes abarcava crianças e adolescentes. Ariès (1981) revela que foi somente a partir do séc. XVII que o termo passou a falar especificamente de crianças pequenas. Portanto, quando utilizamos o termo ‘criança’, referimo-nos ao ser biológico, físico pertencente à categoria social do desenvolvimento humano que é a infância.

Como marco importante na construção da infância no Brasil, destacamos a criação do ECA – Estatuto da Criança e Adolescente em 1990, pois a partir deste momento, as crianças passaram a ser sujeitos de direitos e deveres, e mais que isso, extinguíram-se as diferenças entre classes sociais quanto a garantia desses direitos. (BRASIL, 2002).

Vale ressaltar que estas conquistas foram possíveis mediante a militância de grupos sociais interessados em garantir às crianças e adolescentes o reconhecimento enquanto cidadãos de fato e de direito. Direitos estes que devem ser uma busca constante para sua efetivação, conforme o “Art. 1º do ECA: Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente”. (BRASIL, 2002, p. 20). O ECA nos direciona para uma infância respeitada em suas diferenças e particularidades.

Visando o bem-estar social, parecemos viver um período na história onde as crianças precisam ser contidas quimicamente para que não interfiram na ordem social. Diante de um período social onde patologizar comportamentos, características individuais têm se tornado um dispositivo eficaz para controle social, negando a essas crianças todos os direitos conquistados com a promulgação do ECA.

A sociedade passa a atribuir a classe médica o poder de atestar a saúde e doença com total liberdade dada pelos adultos que deveriam garantir proteção e segurança para esta criança. Segundo Machado et al (1978) a medicina social torna-se um novo tipo de saber sobre o homem, que olhará para ele tanto do ponto de vista físico quanto do moral; inclusive indo além, analisando a sociedade que está à sua volta. Foucault (1987), no entanto, trata da

importância em cultivar corpos dóceis² como estratégia do biopoder, e concordamos com Foucault quando diz que trata-se de

Pequenas astúcias dotadas de um grande poder de difusão, arranjos sutis, de aparência inocente, mas profundamente suspeitos, dispositivos que obedecem a economias inconfessáveis, ou que procuram coerções sem grandeza, são eles, entretanto que levaram à mutação do regime punitivo, no limiar da época contemporânea (FOUCAULT, 1987, p. 165, 166).

A medicalização infantil no Brasil cresceu de forma considerável nos últimos anos, tornando o País em produtor de referência. Segundo ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (2012) o Brasil ocupa atualmente o segundo lugar no ranking em uso de medicamentos controlados. Podemos assinalar a partir da vivência dentro do ambiente escolar que o dispositivo³ medicalização tem encontrado aceitação da sociedade, que acredita estar fazendo algo bom para nossas crianças, impedindo que ela sofra com seu baixo rendimento escolar, ou mesmo com sua possível dificuldade de relacionamento social. “A regulamentação imposta pelo poder é ao mesmo tempo a lei de construção da operação” (FOUCAULT, 1987, p. 179). A promessa de que a “Fórmula Mágica, portanto, possibilitará a existência de crianças mais comportadas, tranquilas, concentradas e que não incomodem a ordem social.

O interesse na construção de uma pesquisa voltada para a saúde mental e infância em Manaus, surgiu, da prática profissional vivenciada dentro do ambiente escolar por esta pesquisadora, lugar em que vivenciei as angustias trazidas pelos pais e professores na busca por identificar ou nomear se o comportamento dos seus filhos e alunos estava compatível com o que eles aprenderam a chamar de normal, sadio e aceito socialmente.

Experenciei na prática o quão transformável é a sociedade e seus conceitos sobre o que é ou não aceitável para essas idades (6 a 10 anos). Em 2005 trabalhando com crianças e adolescentes, aproximei-me da fase que denominada no senso comum como período da “aborrecência”. Afinal, tem se tornado mais fácil rotular do que entender o período vivido em cada fase do desenvolvimento humano. No ano de 2011 começo a trabalhar em uma creche.

² Expressão trabalhada com mais ênfase no terceiro artigo deste estudo.

³ Conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2000, p.244).

Nesta acompanhei crianças de 6 meses a 5 anos de idade, foi então que a angústia de muitos pais e minhas próprias angústias enquanto mãe e profissional foram surgindo e me inquietando.

Em pouco mais de uma década, 2005 a 2017 a sociedade sofreu algumas mudanças significativas, para cada época um momento, um modismo, um conceito, uma preocupação. A infância é um construto social, logo seu conceito não é fixo, é mutável, pois caminha lado a lado com as transformações da sociedade. Com a prática dentro da escola, posso inferir que o ambiente escolar é um dos poucos que sofreram alterações permanentes em sua essência. O controle e a disciplina continuam fazendo parte deste ambiente, e atualmente tais características tem sido até requisitos por parte dos pais no momento de procurar escola para matricular seu filho.

Questionamentos faziam parte do meu dia a dia: “meu filho é hiperativo?”, “você acha que preciso me preocupar com esse comportamento?”, “sinto que meu filho não gosta de mim”, dentre tantas outras perguntas e queixas. O curioso é que nestes 6 anos dentro de uma creche/escola nunca ouvi de um responsável: “o erro está em mim”, pelo contrário, o problema sempre estava na criança. Era a criança que precisava de “conserto”.

E assim, foi nascendo o interesse em conhecer a demanda psiquiátrica infantil acolhida no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Manaus, O campo-tema estava em mim, e com isso inquietações foram surgindo, e transformando-se em questionamentos, tais como: Qual será a demanda psiquiátrica infantil em nossa cidade? Essa demanda psiquiátrica corresponde a reais patologias, ou seriam muitas delas um dispositivo de controle social? Qual seria a ‘patologia da vez’ em nossa cidade? Quais demandas ficam de fora do serviço ofertado pelo CAPSi?, dentre outras.

Observou-se em um primeiro momento que produções científicas acerca da realidade manauara quanto à saúde mental infantil mostram-se ainda bastante tímidas, sendo estas produções em sua maioria voltadas para o serviço CAPS de uma forma geral, sem muita visibilidade no sofrimento psíquico vivido pela criança.

Imersa no campo da Psicologia Social, a partir dos conceitos do Construcionismo e das Práticas Discursivas buscou-se através desta pesquisa propiciar à cidade de Manaus e demais localidades brasileiras uma transformação social, em que seja possível falar mais sobre o tema, discutir, conscientizar, e lutar em prol da despatologização das nossas crianças. Neste mesmo ensejo visou-se permitir que a Universidade Federal do Amazonas, através do

Programa de Pós-Graduação em Psicologia produza conhecimento local e científico, a partir de nossa própria realidade social e histórica, auxiliando na implantação de novas políticas públicas de Estado que abarquem a demanda em saúde mental infantil, com práticas que assistam a criança em sua integralidade, que promova autonomia para elas.

2 SOBRE O ESTUDO

2.1. Objetivos

Objetivo Geral

- Analisar a demanda psiquiátrica infantil no CAPS i de Manaus/Am.

Objetivos Específicos

- Identificar quais transtornos psiquiátricos são prevalentes na demanda dos períodos de 2016 a 2017 no CAPS i.
- Conhecer os motivos envolvidos nos encaminhamentos recebidos.
- Descrever o atendimento e tratamento ofertado as crianças/usuários.

3. MÉTODO E TÉCNICAS

Com o intuito de conhecer a demanda em saúde mental infantil em Manaus, adotou-se como recorte do campo de pesquisa o CAPSi Leste; local inaugurado em 2012, com seis anos de funcionamento que recebe diariamente crianças e adolescentes encaminhados por diversos lugares, sendo este em muitos momentos, o primeiro serviço a ser pensado na hora do encaminhamento.

Esta pesquisa assume orientações das abordagens quantitativas e qualitativas, por acreditar que elas são complementares entre si, promovendo maior fidedignidade ao nosso objeto de estudo. Segundo Minayo (2009), apesar dos diferentes dados entre si, tais abordagens não são incompatíveis. Pelo contrário, a autora reafirma que mesmo diante das oposições apresentadas, elas podem ser complementares. Isso ocorre quando são bem trabalhadas, podendo produzir riquezas de informações, aprofundamento e até mesmo maior fidedignidade à pesquisa social.

A análise quantitativa dos dados foi produzida com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (versão 20) e envolveu duas etapas: 1) estatística descritiva – descrição dos dados a partir da frequência e percentual; e, 2) estatística inferencial – conclusão tirada dos dados a partir da correlação realizada.

Já a análise qualitativa dos dados foi realizada a partir dos conceitos sobre saúde mental e infância, temas que transpõem um lugar físico, principalmente quando assumimos a Psicologia Social como área de concentração e argumentos Construcionistas. Desta forma, Peter Spink (2003) traz o conceito de campo-tema, nos remetendo a uma relevância sobre este espaço de pesquisa e anunciando nosso posicionamento enquanto pesquisador.

De acordo com Peter Spink (2003) o campo de pesquisa começa a existir quando nos vinculamos à temática, ou seja, não acontece em um universo distante e separado, de modo que todas as conversas estejam elas em um local determinado para coletar informações ou nas experiências vividas em contexto educacional, ou ainda em qualquer espaço social em que o pesquisador se faz presente. Isto é, como uma “[...] rede complexa de sentidos, que vai sendo construída num constante diálogo acerca do tema de pesquisa. Diálogo esse ‘debatido’, ‘negociado’ e ‘arguido’, situado dentro de um processo que tem tempo e lugar históricos” (SPINK, P., 2003, p. 28).

Portanto, esta é uma pesquisa com viés na Psicologia Social, onde buscamos ser úteis dentro do campo-tema, de maneira que “não vamos ao campo” para investigar; a investigação em ação começou a acontecer no momento em que nos vinculamos ao tema.

Como sustentação teórica metodológica, optamos por nos firmar nos conceitos Construcionista pautados em K. Gergen (2010)⁴ ao compreendermos a criança como um ser social que se constrói e é construída a partir das suas relações, e que nos convida a examinar as convenções que as “verdades” - sobre a patologização infantil - possuem como regras socialmente construída e historicamente localizada.

Para atingirmos as especificidades dos objetivos propostos, esta pesquisa contou com a análise documental dos prontuários nos moldes propostos por Mélllo (2007) ao afirmar que “a pesquisa que toma como base de análise fontes documentais faz com que elas saiam da sombra, deixem de ocupar o lugar de fontes secundárias” (MÉLLO, 2007, p. 30); da observação participante com registro em diário de campo, que na visão de Minayo (2009) quanto mais rica forem as anotações realizadas no diário de campo, maior será o auxílio dado no momento da análise do fenômeno estudado.

Utilizamos o recurso da entrevista aberta, técnica adotada exclusivamente para suprir a ausência teórica e de informações locais sobre o surgimento, implantação e desenvolvimento do CAPSi Leste em Manaus, realizada com a Direção do Centro Psicossocial Infantojuvenil Leste. A entrevista a dois conforme Minayo (2009) possui propósitos bem definidos, que nos serve como “um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico” que neste caso em específico, para fins históricos da implantação do CAPSi Leste.

A análise documental está para além de apenas registrar o que está escrito, conforme Mélllo (2007) “o estudo sobre as práticas discursivas não se restringe às palavras e frases ou aos significados que elas possuem, mas se volta para a compreensão das relações de poder que perpassam os discursos, suas condições de produção” (MÉLLO, 2007, p. 29). P. Spink (2003) afirma que o documento não é apenas um registro e uma matéria; ele é na verdade parte do processo e a materialidade deste como parte de um diálogo lento.

É neste sentido que esta pesquisa também contou com os conceitos teóricos das práticas discursivas proposta de M. J. Spink (2013), em que a preocupação se volta para as maneiras/modos que as pessoas, através da linguagem produzem sentido em suas relações

⁴Vídeo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vDnvxFPag-8>

cotidianas, e, na proposta de Peter Spink (2014) ao afirmar que as práticas discursivas enquanto *linguagem em ação* estão presentes de igual modo em imagens e artefatos, ou seja, para ele todo documento tem algo a contar.

Para P. Spink (2003) todo documento tem algo a contar, do mesmo modo que a pesquisa social é uma narrativa da investigação em ação realizada. Para tanto, esta pesquisa não busca narrar a verdade, e sim confrontar e ampliar os saberes e permitir que debates sejam realizados sobre a temática trabalhada. Em consonância com as práticas discursivas, apresentamos nossos resultados em duas maneiras: 1) descrição dos dados quantitativos e, 2) em forma de narrativas ficcionais, dando voz aos interlocutores inseridos no local da pesquisa e aos diversos anônimos que ampliam nosso debate.

Reigota (1996), idealizador do conceito de narrativas ficcionais, propõe montagens textuais vividas no cotidiano. Destarte, utilizamos fragmentos de relatos obtidos no CAPSi Leste, bem como relatos obtidos em minha trajetória de vida pessoal e também em meu percurso profissional ao lado das crianças e seus responsáveis. Tratou-se, portanto, de “[...] ‘embaralhar’ os fragmentos e criar ‘colagens’ que são histórias baseadas em fatos reais, mas que devem ser vistas/lidas como ficção. Nenhum personagem é reflexo de uma única pessoa, mas sim constituído de múltiplos fragmentos encontrados nos diferentes indivíduos do grupo estudado” (REIGOTA, 1996. p. 52).

As narrativas ficcionais por sua vez são recortes que evidenciam as práticas discursivas no cotidiano. Para tal, as narrativas ficcionais garantem o sigilo ético e a persistência temática. Conforme Oliveira (2015):

Esse recurso metodológico propicia que a escrita seja perpassada por pessoas, lugares, acontecimentos enquanto um conjunto de múltiplas fontes que apresentam diferentes versões sobre o tema. Elas são recortes que evidenciam discursos e práticas (p.21)

Para a concretização desta pesquisa, inicialmente foi solicitado junto a Gerência de Gestão da Educação na Saúde - GESAU/SEMSA órgão responsável pelo CAPSi Leste autorização. De posse desta autorização, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, e mediante aprovação quanto aos procedimentos éticos para realização da pesquisa em março de 2018 sob número 2.566.686 cujo CAAE é 82719417.4.0000.5020 prosseguimos com a coleta e observação *in loco*.

3.1. Estrutura da dissertação

Esta dissertação é composta por três artigos de revisão de literatura integrativa que se complementam com a finalidade de responder ou aproximar-nos das respostas quanto aos objetivos estabelecidos nesta pesquisa. Partindo do conceito que a infância é uma construção social, seria, portanto, desconexo falar sobre a saúde mental na infância sem abordar a contextualização sócio-histórica que envolve e norteia esta construção que denominamos infância.

Desta forma, o primeiro artigo, refere-se a uma viagem realizada aos primeiros estudos voltados para a infância acontecidos na Europa e em estudos realizados nos Estados Unidos. Como parte desta viagem desembarcamos no Brasil para conhecer como estruturou-se a infância e, finalizamos esta viagem com um mergulho no contexto histórico da infância no Amazonas.

O segundo artigo trata da trajetória do cuidado em saúde mental infantil no Brasil, no entanto, iniciamos a construção deste artigo lembrando todo o movimento social em prol da Reforma Psiquiátrica. A saúde mental infantil demora para ser de fato reconhecida e incluída como política pública no Brasil. O artigo contempla ainda o percurso da saúde mental infantil no Amazonas com grandes contribuições locais a partir da entrevista concedida pela Direção do CAPSi Leste.

No terceiro artigo abordamos a patologização e medicalização infantil através de uma revisão crítica de literatura, onde abordamos os conceitos de normal e patológico, problematizamos o ambiente ‘escola’ como possível espaço de modelamento; e, finalizamos com dados preocupantes acerca do crescente consumo em psicofármacos no Brasil, e sobre as relações de biopoder.

Após contemplação dos artigos base, apresentamos o capítulo com os Resultados e Discussão da Pesquisa através da análise descritiva dos dados quantitativos e qualitativos da pesquisa a partir dos conceitos teóricos do construcionismo de K. Gergen (2010) e práticas discursivas de M. J. Spink (2013). Encerrando este estudo tem-se em último momento as Considerações Finais em que problematizamos os resultados obtidos a fim de responder ao objetivo geral proposto e trazer à tona possíveis novas problematizações acerca do tema estudado.

4. ARTIGO 01: Uma viagem à construção da infância numa perspectiva da Psicologia Social Crítica: uma revisão de literatura

4.1.Introdução

A partir da realidade que nos cerca no século XXI faz-se necessário compreender a infância enquanto construção social, que sofreu e sofre transformações constantemente. O modo de agir, de se comportar, brincar, e ser criança, falará muito da sociedade na qual está inserida e que dela faz parte, e é neste sentido que Salles (2005) reporta que as diferentes condições históricas, políticas e culturais que permeiam o desenvolvimento social, também trarão modificações nas representações sociais da infância.

Significa pensar que não existe a infância, e sim, infâncias. Cada sociedade reportará a suas crianças de um modo particular, a partir da sua cultura, valores, conceitos, logo, o julgado como certo para uma criança brasileira, pode não ser para outra nacionalidade. Até mesmo dentro do Brasil, pela diversidade que nos une, encontraremos várias infâncias; a infância do branco, do rico, do pobre, do negro, dos índios, dos ribeirinhos.

Diante da pluralidade que nos cerca, questionamos: Quais foram os caminhos percorridos na construção do que chamamos de infância hoje no Brasil? Quais marcas trazem nossas crianças? A infância passou por muitas transformações, no entanto, há um fator que perpetua ainda hoje: acreditar que a criança representa a esperança. Sendo assim, concordamos com Del Priore (2007) quando afirma que querer estudar, conhecer mais da história, comportamentos, modos de ser, de pensar e de agir das crianças, é também amá-las.

Buscando responder a estes questionamentos, optou-se como método para a construção deste artigo obras de referência sobre a infância, de autores como Ariès, Postman, Foucault e Del Priore, bem como artigos de pesquisadores que têm se debruçado sobre a temática, encontrados mediante pesquisa realizada no banco de dados da *Scielo* e Google Acadêmico no período de dezembro de 2016 a dezembro de 2017 com os descritores: infância, infâncias, pluralidade infantil, infância no Brasil, infância no Amazonas.

Após estas breves considerações, realizaremos uma viagem no tempo, mais precisamente a Idade Média para compreendermos a constituição da infância, as lutas travadas pelo reconhecimento da individualidade, subjetividade e importância das crianças para a sociedade. Inicialmente vamos com Philippe Ariès (1981) até a Europa, e Neil Postman (2012) nos Estados Unidos que nos falarão sobre a infância a partir dos seus estudos.

Em nossa viagem à construção histórica da infância, faremos uma escala no Brasil, falaremos sobre as marcas que exibimos do processo de concepção da infância. Para tanto, contaremos com Del Priore (2007) pesquisadora reconhecida por sua obra *História das Crianças no Brasil* e Freitas (2011), seguindo com relevantes contribuições de pesquisadores atuais. Foucault (1979; 2008) se fará presente ao realizarmos pontes dos seus estudos sobre biopoder com a construção da infância.

Para finalizar, visualizamos como importante, contextualizar a infância também em nossa região, mais especificamente no Amazonas. Cada região, como mencionado anteriormente, possui características e identidade próprias, de modo que não podemos estereotipar a construção da infância a partir de modelos universais, como os expressados pelos parâmetros eurocêntricos, quiçá de outras regiões do Brasil. De posse da importância regional, conversaremos amparados por pesquisadores locais como: Lopes (2014), Mota (2016) e Pessoa (2010). Sendo estes os guias teóricos em nossa última parada desta viagem à história sobre a contextualização da infância.

4.2.A infância no mundo

Iniciamos nossa viagem lembrando que a infância somente foi consolidada como tal a partir do século XX, anterior a este período, a criança era concebida como um adulto em miniatura. Trazemos inicialmente Philippe Ariès⁵ que em sua obra ‘*História social da criança e da família*’ em 1981, constatou que não havia o que ele chamou de “sentimento de infância”, isto é, não havia diferenciação entre as necessidades da criança em relação ao adulto; por este motivo, considerava-se a criança como um mini adulto (ARIÈS, 1981).

Ariès (1981) afirma que a criança raramente era cuidada por sua família em seus primeiros anos de vida. Tarefa dada às “amas de leite” e, a partir do momento que a criança já conseguia agir por conta própria, a mesma era inserida em atividades juntamente com os adultos; e era desta maneira que o aprendizado acontecia. O autor menciona ainda que em muitos momentos estas mulheres (amas de leite, escravas) deixavam de alimentar seus próprios filhos para alimentar os da sua senhora.

⁵Historiador referenciado como o pioneiro a estudar a infância.

Neil Postman (2012) por sua vez, afirma que na era medieval não havia necessidade de diferenciar a criança do adulto em um mundo que não era letrado, pois não existiam segredos e a cultura não precisava ofertar instrução para a criança para que ela entendesse algo. Neste período fica evidente que não existia a preocupação em garantir escola para as crianças, as mesmas aprendiam o que deveria ser aprendido pela convivência direta nos trabalhos realizados em companhia dos adultos.

Entretanto, apesar de não existir um sentimento em relação a infância, Ariès em seus estudos, encontrou um sentimento, porém superficial, ao que chamou de paparicação. Para ele, era o sentimento que os adultos demonstravam pela criança em seus primeiros anos de vida, mas não como sendo pessoa de igual importância, e sim, como se a criança fosse “um animalzinho, um macaquinho impudico” (ARIÈS, 1981, p.04). Desta forma, a criança pequena era tida, portanto, como objeto de diversão, e que apesar da tristeza que muitos pais demonstravam diante da morte de um, essa tristeza não perdurava por muito tempo, pois, a criança morta era logo substituída por outra.

Postman (2012) revela que a infância na idade média terminava aos 7 anos de idade, segundo ele, esta idade marcava o período que a criança já dominava a linguagem oral e, que conseqüentemente já conseguia entender e participar da vida dos adultos sem diferenciação e assim, era introduzida na realização de alguns trabalhos ao lado dos adultos.

No final do séc. XVII, a escola passa a fazer parte da vida das crianças, um marco importante nesta construção social. Crianças que antes aprendiam por meio da convivência diária com os adultos, começariam a partir daquele momento a contar com um local específico de aprendizagem, separadamente dos adultos. A este modo de atuação separatista do papel da escola, Ariès (1981) chamou de “quarentena”, que na visão dele, era um processo de enclausuramento similar ao que acontecia com os loucos, pobres e prostitutas da época citada.

Postman, em sua obra *O desaparecimento da infância* em 1982, nos fala um pouco mais sobre a função exercida pela escola neste período. Segundo ele, não existia separação por idade nas salas de aula, e reforça que este ambiente social inicialmente não foi proposto para atender a todos. Poucos tinham acesso à escola, meninas, por exemplo, eram poucas as que iam à escola, segundo o autor, a história revela que muitas meninas entre 12 e 13 anos já eram mães e precisavam ficar em casa cuidando das suas crianças.

Foi a partir dos séculos XIX e XX que o sentimento em relação à infância ficou mais fortalecido, incluindo mudanças nas demonstrações de afetos por parte da família. A família passa a ser lugar de afeição; afeição entre os cônjuges e entre pais e filhos, o que não acontecia antes (ARIÈS, 1981). Observou-se que a partir do modelo de infância adquirido, o modelo de família também se transformou. Os adultos passavam a ter a tarefa de preparar a criança para o mundo (POSTMAN, 2012).

Podemos a partir de Postman (2012) inferir que até a Idade Média não havia no mundo nenhuma concepção sobre o desenvolvimento infantil, não havia nenhum tipo de escolarização voltada para as crianças pequenas e nenhuma concepção em como prepará-las para a vida adulta.

Com a entrada da escola na vida das crianças, o sentimento de “paparicação” foi sendo substituída pelos sentimentos moralistas que passavam a ser introduzidos às crianças. O afeto pela criança não era mais ofertado através da distração ou brincadeiras e, sim, pelo interesse psicológico e preocupação moral, com apoio das escolas, dos eclesiásticos e moralistas. A escola além da tarefa de transmitir conhecimentos às crianças precisava também “formar os espíritos, inculcar virtudes, educar tanto quanto instruir” (ARIÈS, 1981, p.117).

A escola, portanto, teve papel importante na concepção da infância no mundo, pois foi neste espaço que a criança começou a ser vista e percebida, mas ainda não em sua totalidade e particularidade, porém, iniciou-se o começo de uma nova era. Com atraso significativo o interesse por pesquisas e estudos sobre a infância foram surgindo no Brasil e, é para este momento da nossa história que seguimos em nossa viagem, com o intuito semelhante ao de Del Priore (2017), dar voz aos documentos históricos.

4.3.A infância no Brasil

Realizando uma escala necessária em nossa viagem pela história da infância no Brasil, podemos dizer que a descrição de infância realizada por Ariès traz apontamentos realizados por ele na Europa, e por Postman nos Estados Unidos, mas que se faz importante mencioná-los para melhor compreensão desta construção social. Percebe-se, no entanto, que tais apontamentos não se alteram muito quando buscamos conhecer a construção da infância no Brasil. No entanto, Del Priore (2007) nos faz um alerta ao afirmar que a historiografia

internacional está ali para nos servir de inspiração ao falarmos da nossa história, mas que deve ser uma bússola.

Para a autora as transformações vividas nos países citados acima chegaram ao Brasil com grande atraso. Revela que o Brasil não permitia espaço para que florescessem questões voltadas para a infância: “Comparado aos países ocidentais, onde o capitalismo instalou-se no alvorecer da Idade Moderna, o Brasil, país pobre, apoiado inicialmente no antigo sistema colonial e, posteriormente, numa tardia industrialização, não deixou muito espaço para que tais questões florescessem” (DEL PRIORE, 2007, p. 10).

No Brasil os jesuítas trouxeram consigo os primeiros modelos do que seria a infância. Conforme Del Priore (2007) a infância era por eles percebida como o momento ideal para a catequização. Chambouleyron (2007) aponta que de um modo geral, além da conversão, o ensino era uma das primeiras e principais preocupações dos padres pertencentes a Companhia de Jesus que desembarcou na Bahia em 1549. Mesmo não tendo a exclusividade do ensino, os jesuítas ocuparam papel central no ensino inicial às crianças.

O referido autor traz a memória que ao desembarcarem em terras que mais tarde se chamaria Brasil, os jesuítas não a encontraram vazia e inabitável. Índios habitavam terras da Bahia, e as crianças indígenas eram também interesse de catequização para os jesuítas. Como ele descreve através de uma imagem: “a criança indígena, muitas vezes entregue pelos próprios pais aos padres da Companhia de Jesus, era considerado o ‘papel branco’ no qual se inscreviam a luta contra a antropofagia, a nudez e a poligamia” (CHAMBOULEYRON, 2007, p. 61). De modo que o ensino implicava uma transformação radical na vida das crianças e jovens indígenas no século XVI.

Freitas (2011) sinaliza que até o século XIX no Brasil, as crianças não eram percebidas, nem ouvidas, as crianças não tinham voz e nem delas se falava, tanto que havia escassez de estudos demográficos sobre o assunto neste período da nossa história. Del Priore (2007) revela que a infância era, portanto, um tempo no desenvolvimento sem maior personalidade, era um momento de transição e ao mesmo tempo de esperança.

Foi, portanto, a partir do final do século XIX e início do século XX que a classe mais favorecida passou a preocupar-se com a integridade física e moral das crianças, surgindo o modelo caritativo de assistência, a roda dos expostos. Este modelo de “cuidado” voltado a atender as crianças abandonadas por suas mães foi em nossa história uma das instituições brasileiras que mais perdurou em atividade conforme Freitas (2011). Segundo ele, a roda dos

expostos sobreviveu aos três grandes regimes brasileiros, isto é, por quase um século e meio. A missão principal deste modelo era garantir a criança abandonada o batismo, buscando garantir a salvação para a criança caso ela não sobrevivesse aos períodos denominados críticos na saúde, como a crise dos 7 dias, sarna e outras moléstias.

O autor menciona ainda que este modelo de assistência começou a ser extinto em meados do século XIX, sendo substituído por um novo modelo de cuidado, a filantropia que tinha como objetivo organizar a assistência com base nas novas exigências sociais, políticas, econômicas e morais que nasciam no século XX (FREITAS, 2011). No entanto, observa-se que ainda não havia interesse pela criança com suas particularidades, e sim um interesse movido por anseios da classe dominante. Interesse que relato por Del Priore (2007) ao afirmar que a educação escolar no século XIX no Brasil se restringia aos filhos da elite, enquanto que os pobres e menos favorecidos não tinham a mesma oportunidade de estudar.

Diante do crescimento populacional estrondoso que as principais capitais brasileiras passaram a ter a partir da Revolução Industrial, começaram a surgir crises sociais que anterior a este período eram irrelevantes e despercebidas no cotidiano das cidades. São Paulo, por exemplo, como revela Santos (2007) em 1870 tinha cerca de 30 mil habitantes, e que em 1907 alcançou a população de 286 mil, crescimento descrito por ele como sendo uma explosão demográfica.

Em 12 de outubro de 1927 foi assinado pelo Juiz Mello Mattos, o Código de Menores, que atendia em particular aos interesses da classe dominante, no qual constava a proibição ao trabalho para crianças até 12 anos e determinando como idade de impunidade criminal os 18 anos (FREITAS, 2011). Este código visava particularmente disciplinar através da vigilância e punição crianças e adolescentes, na tentativa de elas pudessem atender às necessidades do mercado de trabalho, o que na visão de Foucault exprime uma técnica de poder: “A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos” (FOUCAULT, 2008, p. 62).

Foucault em sua obra *Vigiar e punir* (2008) afirma que a disciplina tem ligação direta com o poder, e que este poder é a ação das forças em detrimento de algo ou de alguém que apresente mais fragilidade em relação ao outro, neste caso específico em nossa viagem, às crianças.

Passetti (2007) corrobora com o pensamento de Foucault ao afirmar que foi com a partir do Código de Menores que o Estado responde pela primeira vez, responsabilizando-se

pela situação de abandono, mas com o viés de aplicar os corretivos necessários para diminuir a delinquência. Para o autor, esta responsabilidade que o Estado colocava para si, pretendia domesticar as individualidades e garantir uma prevenção “(...)para criar cidadãos a reivindicar disciplinadamente segundo as expectativas de uma direção política cada vez mais centralizadora” (PASSETTI, 2007, p. 355).

Diante do interesse demonstrado pelo Estado através do Código de Menores, em 1934 aconteceu a primeira instalação de clínicas de higiene mental dentro das escolas no Distrito Federal, com um modelo claramente operacional trazido do movimento higienista norte-americano. Segundo Luengo (2010) o pensamento higienista seria uma forma disciplinar com o objetivo de reestruturar o núcleo familiar, mas que isso somente ocorreria pelo poder médico, para compensar as deficiências da lei entrando assim no espaço da norma.

Desta forma, a escola passa a ser o local adequado para que se mantivesse a ordem social e, portanto, passa a desempenhar várias formas de disciplinas, que na visão de Foucault (2008) a disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. O corpo dócil se refere ao corpo que pode ser transformado e aperfeiçoado no sentido de ter uma utilidade a quem assim deseja que o seja. Luengo corrobora com este pensamento ao dizer:

Os higienistas acreditavam que, se o controle do corpo fosse feito desde a infância, as condutas na fase adulta já estariam condizentes com o ideal desejado, segundo as normas higiênicas, isto é, uma criança bem fiscalizada seria o perfeito adulto higiênico (LUENGO, 2010, p. 30).

Observamos, portanto, a partir destas práticas, um movimento em igualar os desiguais, uma busca em normatizar o comportamento das crianças, de maneira que inferimos que a busca pelo “normal”, aprisionava a criança e retirava dela sua singularidade. Falamos destas práticas em 1934, mas, que são passíveis de serem encontradas hoje em 2017 em nossas escolas o que nos leva a refletir se podemos realmente afirmar que avançamos neste quesito.

A partir da elaboração do Código de Menor que buscava disciplinar as condutas que seriam passíveis de penalização, o governo instituiu diversas organizações para o atendimento de crianças e adolescentes. Em 1940 o governo constituiu o Departamento Nacional da Criança, que era vinculado ao Ministério de Educação e Saúde Pública. Em 1941 criou o Serviço de Assistência a Menores (SAM) por meio do Decreto n. 3.799, subordinado ao

Ministério da Justiça, que atendia de forma repressiva e adotava internações semelhantes a um sistema prisional só que voltado a atender menores delinquentes e abandonados.

Conforme Passeti (2007) os reformadores consideravam estas prisões como sendo um mal, ineficaz, no entanto, não se opuseram à introdução deste modelo de correção comportamental e disciplinador para menores infratores. O objetivo destas instituições segundo o autor era de tratar o infrator com procedimentos médicos acompanhado por medidas jurídicas com a finalidade de ser reintegrado na sociedade.

No ano seguinte, em 1942 surgiu a Legião Brasileira de Assistência que inicialmente buscava garantir ajudar às famílias dos soldados enviados para a Segunda Guerra Mundial, foi somente após o fim da guerra que voltou seu foco para as famílias necessitadas indistintamente. Nesta mesma década, em 1946 inseria-se nas políticas assistenciais brasileiras o Fundo das Nações Unidas (UNICEF) que evoluiu de uma esfera inicialmente assistencial para uma preocupação educacional às crianças:

Assim sendo, a UNESCO, através do UNICEF, começa a prestar assessoria aos especialistas de educação pré-escolar de diversos países. Recomenda-se então a busca de novas alternativas para atender aos menores de 7 anos, uma vez que os países subdesenvolvidos não dispõem dos recursos financeiros necessários para um atendimento à infância dentro dos padrões idealmente concebidos (KRAMER, 1991, p.37).

Este modelo de assistencialismo voltado para filantropia e descrito por Freitas (2011) encerrou em 1960, com o surgimento da fase do Estado do Bem-Estar, com a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) em substituição ao SAM no ano de 1964. Neste período além dos questionamentos quanto ao atendimento prestado pelo SAM, novos e importantes questionamentos também foram feitos em relação ao Código de Menores, o que levou a uma reformulação do mesmo em 1979.

A nova releitura trouxe uma visão mais terapêutica e/ou de tratamento que deveria ser oferecido ao menor infrator. Conforme CECRIA, AMENCAR, UNICEF (2000) foi introduzido o termo “situação irregular”, sendo este compreendido como a criança ou adolescente que tinha condições de subsistência privada, bem como de saúde, de instrução, fosse por omissão dos pais ou responsáveis; incluía a situação de maus-tratos, castigos, perigo moral, falta de assistência legal, desvio de conduta e autoria de infração penal. Podemos inferir que esta nova releitura trouxe também velhos moldes como as medidas de proteção,

vigilância e assistência aos menores, ampliando os poderes da autoridade Judiciária sobre a infância. O Código foi publicado no intuito de atender desvalidos, abandonados e infratores, e também adotar meios de prevenir ou corrigir as causas de “desajustamento” destes menores (LOPES, 2007).

Nestes moldes quando a família falhava no cuidado com seu menor, o Estado tomava para si essa função, o que foi possível observar de forma contundente devido a quantidade de vezes que o termo “autoridade judiciária” aparece no Código de Menores, 75 vezes, conferindo para si poderes sobre este menor. Na visão de Foucault (1979) seria o governar corretamente os indivíduos: “Governar um Estado significará, portanto, estabelecer a economia ao nível geral do Estado, isto é, ter em relação aos habitantes, às riquezas, aos comportamentos individuais e coletivos, uma forma de vigilância, de controle tão atenta quanto à do pai de família” (FOUCAULT, 1979, p.281).

A intenção principal no método aplicado pelo Estado por meio da FUNABEM era segundo Passeti (2007), romper com as práticas repressivas que ocorriam no período anterior a partir de um sistema que levasse em consideração a condição de vida dos menores, fossem eles abandonados, carentes ou infratores; mediante seus traços de personalidade, desempenho escolar e suas deficiências. Desta forma, se pretendia mudar o comportamento não mais apenas por meio da reclusão e sim, pela educação que passaria ocorrer dentro do ambiente de reclusão.

Segundo Lopes (2007) a partir de 1980 os movimentos sociais constituíram intensa movimentação em defesa de direitos das crianças, ou novas posições diante da lei. As crianças e adolescentes passavam a ser protagonistas na história brasileira com movimentos pela defesa e exercício dos seus direitos. Tais movimentos históricos resultaram na Constituição Federal Brasileira, promulgada em 05 de outubro de 1988, que trouxe avanços significativos em relação à infância e adolescência, mais especificamente com o Art. 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1989).

Este artigo da Constituição Federal nos aponta para a tríade composta pela família, sociedade e Estado como sendo estas as três instâncias responsáveis por garantir os direitos exposto na Lei às crianças. A Constituição Federal de 1988 expressa, portanto, o fim da estigmatização de que ser pobre era também ser delinquente. Desta maneira, a partir da Constituição de 1988 e da Convenção Internacional sobre os direitos das crianças de 1989 que uma nova lei voltada exclusivamente para as crianças e adolescentes foi criada e promulgada, o Estatuto da Criança e Adolescente - ECA em 13 de julho de 1990 através da Lei 8.069.

Uma grande mudança foi possível enxergar quanto ao termo e a quem a lei buscava atender. No Código de Menores, por exemplo, tínhamos os termos “menores abandonados”, e delinquentes para os que burlavam as normas até os 18 anos. Com o ECA em exercício passou-se a falar “crianças e adolescentes”, não mais atendendo a uma classe econômica ou posição social específica, e sim, a todas as crianças e adolescentes sem distinção até 18 anos como afirma Lopes (2007).

Para tanto o ECA dispõe em seu 3º artigo:

Art.3º - A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art.4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária.

Art.5º - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2002, p.20).

Podemos visualizar que a criança antes vista como “menor” e mantida na condição de infrator, é então transformada de fato em “criança e adolescente” na condição de sujeito constituído de direitos. Segundo Lopes (2007), o ECA constituiu-se com a finalidade de desjudicialização, ou seja, com o crescente esforço em reduzir o papel e a interferência do Poder Judiciário, e que por isso recebeu muitas críticas quanto à execução das medidas previstas, no entanto, além das críticas o andamento do ECA não tem sido satisfatório até a atualidade.

A partir do ECA foram criados os de Conselhos de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, nas três instâncias governamentais, e cada conselho com suas atribuições

específicas. Em âmbito federal foi criado o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); em âmbito estadual o Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente (CEDICA) e em âmbito municipal o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA).

Passetti (2007) nos aponta para uma reflexão quanto aos benefícios propostos a com a promulgação do ECA. O autor expõe que os planos do governo passaram a ser de levar escola/educação para todos, no entanto, até o momento este interesse específico não conseguiu ser contemplado, pois a escola em si não tem suprido a carência da sociedade.

Observamos que a criança a partir do ECA passa a ser prioridade para o Estado, pois ele deve estar ali para cuidar, proteger e suprir quaisquer necessidades que a criança apresente. Momento que o Estado chama para si a responsabilidade em casos de omissão por parte da família ou mesmo da sociedade. Com o ECA em vigor a criança sai da condição tutelar para a condição de sujeito; sujeito este com subjetividade, direitos e deveres.

Atualmente, a infância tem sido uma das áreas do desenvolvimento humano de bastante interesse para pesquisas e, por distintas áreas do conhecimento, como; psicologia, pedagogia, medicina, sociologia, antropologia e outras. Pesquisadores segundo Del Priore (2007) buscam produzir uma nova ética para a infância, que segundo ela, a criança é uma promessa de virtudes, aponta para uma esperança. O ECA prevê em nosso País a existência de uma lei avançada em garantir a criança e ao adolescente sua integridade, acessibilidade, cuidado, amparo e demais direitos, mas que precisamos constantemente nos lembrar de executá-las diariamente.

Nesta perspectiva Passetti (2007) afirma que o ECA e a Constituição Federal exigem a presença constante do Estado, na busca pelo cumprimento das leis, de forma a zelar pelo futuro das crianças. O autor reafirma ainda que, não basta ao País ter uma lei promulgada, ela precisa estar legitimada socialmente. Entendemos que há um longo caminho a ser percorrido para a garantia plena dos direitos da infância e adolescência na busca por instituições sólidas e com políticas públicas eficientes e que realmente tenham interesse em contemplar as necessidades reais da infância hoje.

4.4.A infância no Amazonas

Finalizando nossa viagem, eis que aterrissamos para conhecer a história da infância no Amazonas a partir dos olhares de pesquisadores locais. Para Mota (2016) falar sobre a infância no Amazonas constitui-se um desafio grande para as Ciências Sociais. Desafio porque estamos diante de um espaço social que abriga particularidades e grande diversidade social, e é comum utilizarmos como parâmetros a construção experienciada nos países europeus, e é justamente neste ponto que nosso desafio é posto. Desconstruir tais conceitos eurocêntricos, como sendo parâmetros para nossa constituição.

Dentro destes desafios podemos acrescentar a pluralidade de infância existente na história do Amazonas. Nos períodos pré-colonial, colonial e demais momentos históricos, o Amazonas tem em sua história da infância os seguintes atores: crianças indígenas, crianças estrangeiras, as brancas, as negras e, os ribeirinhos. Com esta pluralidade há em nossa história local momentos distintos vividos entre as crianças no Amazonas, que ora se misturavam, e ora exibiam grandes diferenças. Mota expressa bem sobre as infâncias encontradas ao afirmar que “tanto a criança indígena quanto a não indígena possuem, diferentes infâncias que se constroem nas experiências de vida delas, acionando diversos elementos e significados que são importantes na formação cultural e na construção de suas identidades” (MOTA, 2016, p. 39).

No entanto, apesar da escassez de documentos acerca da temática, Leal (2014) revela que a trajetória da infância no Amazonas começou a ser registrada a partir do período Colonial. Como conhecido, o período Colonial em nosso País foi marcado pela chegada dos jesuítas com seu método de catequização e ensino às crianças, que foi também vivido pelas crianças indígenas no Amazonas, como nos diz Leal, ao afirmar:

[...] a vida das crianças amazonenses no século XVII, com o advento da política pombalina, foi marcada, inicialmente, pela tentativa de conquistas com fins diversos, sendo que o principal era a catequização e a domesticação pelos missionários jesuítas (LEAL, 2014, p. 43).

Não é de hoje que a Amazônia é observada e desejada por muitos países por suas riquezas naturais, e conforme Leal (2014) no séc. XVIII havia grande interesse visando o enriquecimento da coroa portuguesa. No entanto, para que fosse possível conquistar para si essas riquezas, os nativos da região eram tratados como animais, e estavam ali para servir aos

interesses dos exploradores. A autora revela ainda que para conseguir alcançar seus objetivos, os exploradores viam como necessário domesticar, civilizar e catequizar os nativos.

Mota (2016) corrobora com Leal (2014) ao observar que o olhar sobre os nativos da Amazônia tem se mantido atualmente semelhante ao experienciado no período colonial: “A Amazônia como lugar exótico, de pessoas selvagens, é uma das caracterizações negativas que por séculos tem atravessado as fronteiras territoriais, refletindo o patamar de inferioridade ocupado pela região” (MOTA, 2016, p. 22). A narrativa histórica feita por Leal (2014) nos evidencia uma infância nos séculos XVII e XVIII de silenciamento e apagamento das crianças por parte daqueles que aqui chegavam para obter riquezas. A história por eles contada, raramente incluía as crianças, pois estas para eles não eram significantes e as comparavam até mesmo com animais selvagens.

Sobre a infância indígena, a autora aponta que o tratamento dado pelos pais às suas crianças era diferenciado da visão educativa eurocêntrica, nas palavras da autora as crianças participavam ativamente da vida em comunidade, aprendiam desde muito cedo os costumes e a entender qual era o seu papel na sociedade, o que causava estranhamento por parte dos viajantes e exploradores que aqui chegavam (LEAL, 2014). A antropóloga Clarice Cohn (2013) reafirma esta particularidade vivida pelas crianças indígenas ao reforçar que estas crianças possuem uma autonomia respeitada pelos adultos, de modo que elas não são segregadas das coisas importantes que acontecem dentro da sua cultura.

Ainda acerca da educação que as crianças indígenas recebiam em sua cultura, Leal (2014) menciona que os pais construía aos seus filhos remos desde muito cedo, para que estes fossem se acostumando para que quando chegasse o momento certo, estivessem prontos para remar durante dias, semanas e até meses. Isto acontecia visando inserir a criança indígena desde pequena aos seus costumes tribais, a partir da utilização dos utensílios de caça e de guerra; os instrumentos, no entanto, eram adaptados para o seu tamanho e a partir dos quatro ou cinco anos de idade a criança já os manuseava e isso não era estranho ou errado para eles.

Clarice Cohn (2013) nos fala sobre a diversidade do conceito infância existente dentro das várias etnias, e, portanto, não devemos confundir tais concepções com as nossas. Diante deste cenário, podemos inferir neste breve contexto histórico, que a pluralidade acompanha a construção da infância desde os primórdios.

Conforme Mota (2016) o processo de colonização na região amazônica contribuiu para transformar a vida do homem amazônico em seu habitat natural. O encontro entre os dois mundos evidenciava o discurso dominante do colonizador em relação aos nativos, que na visão da autora era vivenciado através de relações permeadas de preconceitos culturais, estigmas e dominação.

Leal (2014) traz em sua pesquisa estudos realizados por Santos, Almeida e Barreto⁶ em 2005, na descoberta da existência de registros sobre discursos envolvendo a concepção da infância na Amazônia no período de 1859 – 1877. Tais registros encontram-se nas bibliotecas municipais Arthur Reis⁷ e Ramayana de Chevalier⁸ na cidade de Manaus. Segundo Leal, há registros em vários campos: educação, saúde, segurança e política.

Com o ciclo da borracha a todo vapor, o número de imigrações aumentou consideravelmente; com isso muitas famílias vieram do Nordeste para o Alto Solimões, Mota (2016) afirma que com a vinda dos nordestinos, mudanças significativas foram acontecendo no modo de vida dos moradores do Alto Solimões. Conforme a autora, um fator importante a mencionar, é que muito foi produzido através da exploração dos seringais, no entanto, nada ficava para a região do Alto Solimões.

A partir de 1935 as crianças manauaras começavam a ser foco de preocupação por parte dos juristas, especificamente do Juiz André Vidal de Araújo, primeiro Juiz de Menores do Amazonas. Segundo a pesquisadora, o Juiz se empenhou em dar atenção à situação de abandono que as crianças se encontravam no Estado e que por conta do abandono seguiam pelo caminho da delinquência infantil. Desta maneira ele passou a exigir dos poderes públicos providências na diminuição de crimes cometidos por menores, que em sua concepção, estavam associados à desigualdade social existente na época e também ao descaso por parte daqueles que deveriam ser seus responsáveis.

Podemos inferir a partir das leituras que o crescimento populacional trouxe ao Estado problemas de ordem social vivenciados no final do século XIX e início do século XX, trazendo ao Juiz de Menores do Amazonas, André Vida as necessidades das crianças e adolescentes naquele cenário, onde buscavam enclausurar as crianças e adolescentes por delitos cometidos.

⁶ Pesquisadores locais.

⁷ Av. Sete de Setembro, 444, Centro, Manaus/AM.

⁸ Rua Frei José dos Inocentes, 132, Centro, Manaus/AM.

No que se refere à educação formal, a vivenciada dentro da escola, Pessoa (2010) revela que inicialmente foi criada a Casa dos Educandos Artífices, lugar destinado para meninos desvalidos, até 12 anos. Este educandário tinha como principal função ensinar um ofício para estas crianças, além das disciplinas, e que funcionava como uma estratégia para formar mão-de-obra infantil no século XIX. Quanto a uma educação escolar voltada para meninas, a autora informa que não se dava a mesma importância, e que somente 10 anos depois da criação da Casa dos Educandos Artífices e Seminário Episcopal São José é que se pensou em educação para meninas, com o Colégio Nossa Senhora dos Remédios e o Asilo Nossa Senhora da Conceição, que tinham como principal interesse além das disciplinas básicas, os ofícios domésticos.

A partir do cenário exposto pelos autores locais, observamos que muitas crianças Amazonenses viveram em sua infância momentos de abandono, descaso e silenciamento, no entanto, foi possível visualizar crianças que construíram espaços de sociabilidade dentro do espaço social ao que estavam inseridos. Figueiredo (2007) foi em busca dessas lembranças e memórias por meio do que poderiam contar para ele os literatos que aqui viveram nas primeiras décadas do século XX.

As memórias apresentadas à Figueiredo (2007) por Tiago de Melo revelaram espaços de sociabilidades das crianças pobres. Para estas crianças era na rua que elas construíam suas relações sociais, mas precisamente na calçada, pois era onde os adultos colocavam suas cadeiras de embalo após as tarefas domésticas e da janta para conversarem, e as crianças aproveitavam para ali também construírem seus próprios relacionamentos.

Uma das muitas memórias evocadas por Tiago de Melo, segundo Figueiredo (2007) era o respeito com o qual as crianças precisavam ter com o sono alheio, principalmente com o sono do almoço daquele que chegava do trabalho, de maneira que não poderiam fazer barulho, pisando no chão de casa de forma silenciosa. Portanto, compreendemos e valorizamos a todas estas pesquisas locais que nos aproximam da sua história, aquela que está guardada na memória e em registros documentais, e que foi vivida há séculos atrás, mas que contribuem de forma relevante para a história da infância no Amazonas.

4.5.Considerações Finais

Ao final de toda viagem é comum sermos invadidos por sentimentos de incompletude ao olharmos para os caminhos trilhados na viagem. Estes sentimentos vêm à tona sob a forma de novas indagações, de maneira que esta revisão de literatura não manifesta somente certezas, e não se encerra aqui, mas sim, nos permite sonhar com novas viagens.

Na viagem que realizamos na busca pela construção histórica da infância fizemos três paradas importantes e necessárias. A partir do momento que entendemos o homem como sendo um ser complexo e biopsicossocial não poderíamos nos ater a entender a infância a partir de um olhar único. Sendo assim, fomos do macro ou micro, ou seja, da concepção feita a partir dos olhares de outros países, até chegarmos ao nosso País Brasil e por fim, nosso Estado Amazonas.

A partir desta revisão de literatura, observamos que a concepção de infância que contemporaneamente conhecemos ora se distingue ora se aproxima do modelo que encontramos nesta viagem. Quando dizemos que se distingue, nos referimos as conquistas evidenciadas ao longo desta construção, pois a criança era antes silenciada, apagada, ignorada e até mesmo tratada como objeto de diversão (Ariès, 1981), e como animal selvagem (Leal, 2014), alcançou a visibilidade e conquistou seu espaço dentro da categoria estrutural, a infância. Quando mencionamos que se aproxima do modelo anterior, nos referimos ao silenciamento e apagamento que sentenciamos às nossas crianças do século XXI ao reproduzirmos automaticamente ações do passado.

Clarice Cohn (2013) nos convida enquanto Nação Brasileira, a olhar mais para as nossas crianças, e que este olhar, precisa reconhecer a diversidade que ela traz. Não temos uma infância diversa apenas se olharmos para as infâncias de outras nações, temos essa diversidade dentro do Brasil. Esta pluralidade de infâncias ficou evidente em nossa viagem, encontramos durante a história contada, a infância vivida no mundo pelos ricos e abastados, a infância contada de maneira geral no Brasil a partir das grandes Capitais e a infância do nosso Amazonas, com a presença dos atores indígenas, brancos, ribeirinhos, escravos.

Reconhecer que somos um País repleto de diferenças não deve nos afastar, pelo contrário, Cohn (2013) assinala que tal reconhecimento gerará autonomia em nossas crianças, pois elas estarão sendo respeitadas. E o respeito é um dos direitos assegurados à criança a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

Falar e pesquisar sobre a infância é justamente o exercício constante ao qual nos propomos enquanto pesquisadoras, com o interesse em ampliar cada vez mais a voz das

nossas crianças, a fim de que suas conquistas não se esgotem e que sua singularidade e particularidade sejam preservadas e seus direitos executados por todos, sejam eles família, Estado ou Nação.

4.6.Referências

ARIÈS. P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1981.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Normativas Internacionais. Conselho Nacional dos Direitos da criança e do Adolescente. Brasília, DF: Conanda, 2002.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: FAE, 1989.

CECRIA/AMENCAR/UNICEF. **Dez anos de estatuto da criança e do adolescente: avaliando resultados e projetando o futuro**. Relatório de Pesquisa. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2000.

CHAMBOULEYRON, R. Jesuítas e as crianças no Brasil Quinhentista. In: DEL PRIORE, M (org.). **História das Crianças no Brasil**. 6ª edição. São Paulo: Contexto, 2007.

COHN, C. **Concepções de infância e infâncias: um estado da arte da antropologia da criança no Brasil**. 2013. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/15478/10826>. Acesso em: 22/11/17.

DEL PRIORE, M. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: DEL PRIORE, M. (org.). **História das Crianças no Brasil**. 6ª edição. São Paulo: Contexto, 2007.

FIGUEIREDO, A. M. de. Memórias da infância na Amazônia. In: DEL PRIORE, M (org). **História das Crianças no Brasil**. 6ª edição. São Paulo: Contexto, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução e Organização de Roberto Machado. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, -7edição. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FREITAS.M.C. **Para uma sociologia histórica da infância no Brasil**. In: FREITAS, M.C. (Org.). **História social da infância no Brasil – 8ª Ed**. São Paulo: Cortez. 2011.

KRAMER, S. (Org.). **Com a Pré-escola nas mãos: Uma alternativa curricular para a Educação Infantil**. São Paulo: Editora Ática, 1991.

LEAL, G. K. S. **O ensino de ciências e as relações entre escola e espaços não formais: um estudo com crianças ribeirinhas**. Dissertação – Mestrado em Educação e Ensino de Ciências na Amazônia: Universidade do Estado do Amazonas, 2014.

LOPES, L. B. F. **Concepção de Infância: Uma busca pela trajetória do Legalizado.** Revista HISTEDBR On-line Artigo Revista HISTEDBR On-line, Campinas, n.25, p. 132 – 140, março/2007 - ISSN: 1676-258.

LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância.** 1.ed. – São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

MOTA, M. L. **A criança na fronteira amazônica: o viver no fio da navalha e o imaginário da infância.** Tese – Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia: Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

PASSETTI, E. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, M (org). **História das Crianças no Brasil.** 6ª edição. São Paulo: Contexto, 2007.

PESSOA, A. B. **Infância e Trabalho: Dimensões do Trabalho Infantil na Cidade de Manaus (1890-1920).** Dissertação – Mestrado em História: Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2010.

POLETTI, L. B. **A (des)qualificação da infância: a história do Brasil na assistência dos jovens.** (2008). Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1953/329>. Acesso em: 18/7/2017.

POSTMAN, N. **O desaparecimento da infância.** Tradução Suzana Menescal de Alencar Carvalho e José Laurenio de Melo. Rio de Janeiro: Graphia, 2012.

RIZZINI, I. (Org.). **A Arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, 1995.

SANTOS, M. A. C. dos. Criança e criminalidade no início do século. In: DEL PRIORE, M (org). **História das Crianças no Brasil.** 6ª edição. São Paulo: Contexto, 2007.

5. ARTIGO 02: A trajetória histórica da saúde mental infantil no Brasil e no Amazonas

*Mas eu também sei ser careta
De perto, ninguém é normal
Às vezes, segue em linha reta
A vida, que é “meu bem, meu mal”.*

(Vaca Profana – Caetano Veloso)

5.1. Introdução/ Justificativa/Métodos

Este artigo propõe uma revisão de literatura integrativa sobre a trajetória histórica da saúde mental infantil evidenciada no Brasil e no Amazonas com o objetivo de propagar novas discussões e reflexões sobre as políticas públicas em saúde mental infantojuvenil. Para tanto, nos auxiliaram nesta construção textual pesquisadores de amplitude nacional e pesquisadores que desbravam no avanço da reforma psiquiátrica no Estado do Amazonas.

Como método para a construção deste artigo utilizou-se obras de referência sobre a saúde mental no Brasil e no Mundo, de autores como Amarante e Foucault, bem como artigos de pesquisadores que têm se debruçado sobre a temática, encontrados mediante pesquisa realizada no banco de dados da *Scielo* e Google Acadêmico no período de dezembro de 2016 a agosto de 2018 com os descritores: saúde mental infantil, saúde mental, saúde mental no Amazonas. Ainda como recurso metodológico, utilizou-se da entrevista aberta com a Direção do Centro Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi Leste em Manaus devido a ausência encontrada de pesquisas relacionadas à saúde mental infantil no Amazonas.

O caminho trilhado na construção do campo em saúde mental voltado para crianças e adolescentes está vinculado aos valores sociais, culturais e principalmente dos estudos realizados em cada período da história. A infância por longos anos foi negligenciada pela sociedade, não se tinha sentimento em relação a infância e, a criança era considerada entretenimento aos adultos (ARIÈS, 1981). Com o passar do tempo a infância despertou o interesse em pesquisadores que conseguissem explicar o grande índice de mortalidade que acometia as crianças pequenas, iniciando um processo de percepção destes pequenos, vendo-os de maneira diferenciada de um adulto.

Ariès (1981) afirma que a infância somente foi consolidada como tal a partir do século XX, revelando o quão recente é o interesse pelo cuidado à criança e adolescente, seja no

Mundo ou propriamente no Brasil. Ao buscar na história da saúde mental observamos que o cuidado voltado para crianças e adolescentes é tão recente quanto ao reconhecimento da infância. Até meados do século XIX, conforme apontamentos históricos, a saúde mental infantil no Brasil não tinha nada estruturado ou sistematizado, nem no campo de intervenção, cuidado, ou mesmo estudos sobre o assunto. Brasil (2005) denomina esse período de “omissão da saúde pública” que perdurou por muito tempo, no que se refere ao desenvolvimento de políticas públicas em saúde mental para crianças e adolescentes.

Para chegarmos ao que se tem hoje em políticas públicas em saúde mental infantojuvenil, vamos nos debruçar um pouco sobre como este caminho foi percorrido. Iniciaremos com a trajetória histórica da saúde mental no Brasil; em seguida falaremos especificamente da saúde mental infantil no Brasil e finalizaremos nossa trilha conhecendo a saúde mental infantil no Amazonas.

5.2.Saúde Mental no Brasil: Instituições, modelo hospitalocêntrico e a reforma psiquiátrica.

Estudos revelam que até início do século XVIII, as patologias direcionadas ao campo mental, eram determinadas e classificadas mediante ao que a sociedade via, entendia e, associava como “anormal”. E era neste período da nossa história social e política brasileira, que os hospitais foram criados, mas que não traziam consigo a função de tratar as doenças, pois nem mesmo a medicina conhecia qual era seu papel dentro do hospital, e muito menos existia ali a especificidade da psiquiatria ou psicologia.

Amarante (1998) pontua que o hospital neste período não tinha objetivo e funções terapêuticas e de cuidado, tratava-se apenas de um espaço para amontoar pessoas que vagavam sem perspectiva alguma de forma a mantê-los distante e a margem da sociedade. O hospital surgiu então para atender a uma necessidade da sociedade, como reforça Foucault (1988) ao dizer que as instituições sociais surgem a medida que a sociedade necessita delas e não o contrário.

O hospital e as prisões tinham por objetivo principal garantir à sociedade uma vida mais tranquila, segura e limpa. Como nos aponta Britto (*apud* MESQUITA, 2008):

Com o relevante crescimento da população, a cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim, de salvaguardar a ordem pública. (2008, p. 3).

O hospital inicialmente era administrado por religiosos, e não por médicos, pois neste período os médicos raramente iam ao hospital e quando ali iam era por motivo acadêmico, pois o bom médico era aquele que atendia nas residências (MESQUITA, 2008). Foucault salienta que a técnica médica utilizada no séc. XVIII não era algo que permitisse ao indivíduo abandonar a instituição com vida, “o hospital era um claustro para morrer, um verdadeiro morredouro (FOUCAULT, 2010, p. 177)”.

Foi somente no final do séc. XVIII que o hospital aos poucos foi deixando de ter a função social de isolar e aprisionar, passando a desenvolver ações que pretendiam curar (AMARANTE; TORRE, 2001). Surge então a psiquiatria como uma área de saber próprio e o hospital psiquiátrico como o lugar ideal para se tratar a loucura.

No entanto Foucault (2001) afirma que a psiquiatria surgiu mais como um ramo especializado em higiene pública do que como um saber-médico:

Antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se pode assimilar direta ou indiretamente à doença pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou. (2001, p. 148).

Deste modo, a psiquiatria foi sendo institucionalizada como um ramo da medicina voltada para higiene pública, ela precisou proceder dentro de duas codificações simultâneas: de um lado a psiquiatria patologizava os distúrbios da loucura, denominando como doença, realizando prognósticos e analisando as fichas/prontuários; e, ao mesmo tempo através destas ações citadas, a psiquiatria apresentava a loucura como sendo algo ameaçador da ordem e que precisava ser combatido pela própria psiquiatria:

Em linhas gerais, a psiquiatria, por um lado, fez funcionar toda uma parte da higiene pública como medicina e, por outro, fez o saber, a prevenção e a eventual cura da doença mental funcionarem como precaução social, absolutamente necessária para evitar um certo número de perigos fundamentais decorrentes da existência mesma da loucura (FOUCAULT, 2001, p. 149).

No século XIX com o desenvolvimento da medicina por meio das áreas da anatomopatologia, da bacteriologia e neurologia de base biológica, surgem possibilidades para a transformação do saber médico-filosófico de asilo de alienados para hospital psiquiátrico: “Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e classificação, *retângulo botânico* onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta (FOUCAULT, 1979, p. 122)”.

Conforme Heidrich (2007) a primeira grande internação no Brasil aconteceu 3 séculos depois do mesmo processo ocorrido na Europa, mas que tinha o mesmo objetivo: remover da sociedade aqueles que perturbavam a paz social. Lembramos que neste momento da história não havia ainda interesse pela cura, apenas de isolamento, higienização social.

O que marcou a chegada da psiquiatria no Brasil, foi a chegada da família Real Portuguesa em 1808, conforme Britto (*apud* MESQUITA, 2008). A comitiva vinda com a família real era enorme, chegando a ter 15 mil membros, além dos imigrantes que também chegaram ao Brasil. Com o crescimento populacional, a sociedade começou a se incomodar com a presença dos loucos, e o lugar para onde estes iam eram a prisão ou Santa Casa de Misericórdia, que buscava amparar os que ali chegavam, não de compromisso com a cura. A loucura naquele momento precisava ser silenciada.

Com a emergência em sanear a cidade e livrar-se dos loucos, através do Decreto 82, de 18 de julho de 1841, D. Pedro cria então o Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro e inaugurado em 1852, sendo este o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, e estando vinculado a Santa Casa de Misericórdia e sob a tutela do Imperador, segundo Heidrich (2007).

Foi em 1889 com a chegada dos republicanos ao poder o Hospício D. Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e passou a ser subordinado ao poder público recebendo o nome de Hospício Nacional de Alienados. Heidrich (2007) afirma que este período marca a chegada das propostas de tratamento de Pinel⁹ ao Brasil com mais de um século de atraso, isto é, a partir deste momento o saber-médico psiquiátrico se tornava porta-

⁹ Philippe Pinel tornou-se referência no nascimento da psiquiatria. Designado médico-chefe no Hospital de Bicêtre em 1793. (Heidrich, 2007, p. 33)

voz do Estado no que diz respeito à saúde mental. O que seria ou não doença era função da psiquiatria atestar e tratar.

O país inicia o período hospitalocêntrico, com a criação de novos hospitais psiquiátricos no país, todos visando excluir, isolar, separar. Resende (*apud* HEIDRICH, 2007) afirma que a Saúde Pública e a psiquiatria deram-se as mãos para juntos cumprirem seu papel de saneamento: “remover a imundícia e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que era os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade” (RESENDE *apud* HEIDRICH, 2007, p. 78).

O tratamento proposto e idealizado por Pinel e que ao Brasil na prática médica dentro dos hospitais psiquiátricos, baseava-se em: atribuir uma origem passional ou moral para a loucura e, redefinir as funções exercidas pelo hospital que a partir daquele momento deveria ser um instrumento de cura. No entanto, Amarante (*apud* HEIDRICH, 2007) afirma que a maior contribuição trazida por Pinel para a psiquiatria foi trazer a problemática da loucura para a medicina, definindo-a como doença:

[...]. Se, por um lado a iniciativa de Pinel define um estatuto patológico para a loucura, o que permite com que esta seja apropriada pelo discurso e pelas instituições médicas, por outro, abre um campo de possibilidades terapêuticas, pois, até então, a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão (AMARANTE *apud*, HEIDRICH, 2007, p. 34).

Na psiquiatria de Pinel, o internamento se faz necessário para alcançar o objetivo de cura, pois para ele, era preciso isolar o louco de qualquer interferência externa. O que na visão de Foucault simboliza muito mais do que garantir tratamento pelo isolamento, pela alienação, significa “que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco [...]” (FOUCAULT, 1972, p. 147).

O modelo hospitalocêntrico baseado nas ideias de Pinel se realizava um conjunto de estratégias conhecido como Tratamento Moral. Neste tratamento estava implicado dentre as muitas ações, o isolamento, trabalhos corporais e os passeios. O isolamento fica claro no parágrafo acima. Os trabalhos corporais referiam-se aos trabalhos que precisavam executar dentro do hospital, como nas oficinas de costuras, na carpintaria, na lavanderia. Diante disso eles tinham seus passeios pelo jardim assegurado (GONÇALVES, 2013).

Foi no ano de 1970 que eclodiu no Brasil o movimento sanitário que buscava mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, o que tornou o Brasil

contemporâneo a este movimento no processo da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2005a). A Reforma Psiquiátrica no Brasil traz em sua história o interesse em superar a violência asilar cometida dentro dos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil eclodiu lado a lado com o movimento sanitário que ocorria no ano de 1970, onde se cobravam mudanças em prol dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. O ano de 1978 ficou marcado como o início efetivo da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no País. Os pacientes neste período eram maltratados, violentados, torturados, e até mortos sem maiores explicações aos seus familiares. O objetivo era desinstitucionalizar estes pacientes, acabar com os hospitais psiquiátricos que claramente não tinham pelo paciente o cuidado que deveriam ter (BRASIL, 2005b; CUNHA & BOARINI, 2011, RIBEIRO, 2006).

O ano de 1978 ficou marcado como sendo o início do movimento social em prol dos direitos dos pacientes em hospitais psiquiátricos no Brasil. Faziam parte desde movimento os trabalhadores que integravam também o movimento sanitário, associações dos familiares dos pacientes, sindicalistas, profissionais que trabalhavam nos hospitais, mas que se encontravam insatisfeitos com as condições a eles oferecidas de trabalho e com as práticas psiquiátricas em vigor; tendo sido nomeado como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM); o que uma década mais a frente foi redefinido como Movimento Nacional da Luta Manicomial, agregando mais grupos na luta que passou a ser por uma sociedade sem hospício (AMARANTE, 1998; BRASIL, 2005a).

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional em Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro, denominada 'Por uma sociedade sem manicômios' em que discutiu-se sobre a Reforma Sanitária e também a reorganização do modelo assistencial de saúde mental, buscando reversão do modelo hospitalocêntrico, substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por leitos em hospitais gerais e etc. Evidente que o exposto pelo movimento era contrário aos interesses apresentados pelas políticas sociais brasileiras, que buscava a todo custo conter as insatisfações mostrada pela população sem mesmo responder a elas (PEREIRA, 2011).

No mesmo período em que acontecia a I Conferência Nacional em Saúde Mental surgia em São Paulo o primeiro CAPS no Brasil e, em 1989 um processo de intervenção feita pela Secretária Municipal de Saúde de Santos – SP na Casa de Saúde Anchieta por maus tratos e mortes de pacientes repercutiu nacionalmente, que demonstra a necessidade de construção de uma rede de cuidados que substitua efetivamente o hospital psiquiátrico. Sendo

implantados no município de Santos após esse acontecimento os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), mostrando que a Reforma Psiquiátrica não seria uma retórica e sim totalmente possível e exequível (BRASIL, 2005a), como nos mostra Amarante: “No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 1998, p.82)”.

Ainda em 1989 o deputado Paulo Delgado apresenta o projeto de Lei 3.657/89 com as propostas de regulamentar os direitos do doente mental quanto ao tratamento e, a extinção progressiva dos manicômios tanto públicos quanto privados no Brasil e a criação de outros recursos assistenciais não manicomialis; marcando assim o início da luta da Reforma Psiquiátrica nos campos do legislativo e normativo (BRASIL, 2005a; PEREIRA, 2011). O Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no Brasil, demorou 12 anos para ser aprovada. Mesquita corrobora ao dizer que “a Lei Paulo Delgado tem uma característica peculiar, tendo em vista que, mesmo antes de ser aprovada, seus efeitos já eram visíveis através de diversas ações empíricas e também de atos legais” (MESQUITA, 2008, p. 5).

A partir de 1992, influenciados pelo projeto de Lei de Paulo Delgado, os movimentos sociais conseguem ganhar forças e aprovar em vários estados brasileiros leis que determinam a desinstitucionalização e a criação de uma rede integrada à saúde mental. Mediante a assinatura da Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental que aconteceram neste mesmo período, ou seja, nos anos 90, as primeiras normas federais que regulamentavam a implantação dos serviços oferecidos pelo primeiro CAPS, NASP e nos Hospitais-dia (BRASIL, 2005a).

Brasil (2005a) afirma que ao final do período acima mencionado, o Brasil já possuía em funcionamento 208 CAPS, no entanto, 93% dos recursos enviados pelo Ministério da Saúde eram ainda destinados aos hospitais psiquiátricos, o que remete a uma reflexão de que a redução dos leitos psiquiátricos aconteciam bem lentamente.

Como outrora mencionado o projeto de Lei de Paulo Delgado demorou 12 anos para ser aprovada, que resultou na Lei 10.216/001, de 06 Abril de 2001 conforme Cunha e Boarini (2011), foi portanto, a partir da promulgação desta Lei que a Reforma Psiquiátrica realmente passou a ter peso de lei, e consolidada como política de governo a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005a); tendo sua proposta de rompimento com as práticas asilares como uma meta governamental. No entanto, as autoras Cunha e Boarini

(2011) apontam que mesmo diante do peso ganho através da Lei promulgada, a realidade continuava a destoar, as verbas do SUS até 2005 ainda eram destinadas em sua maioria para os hospitais psiquiátricos, e a extinção do manicômio continua até os dias de hoje como sendo um ideal a ser realizado.

O então novo modelo de atenção à saúde mental visa desinstitucionalizar a loucura como nos diz Cunha & Boarini (2011), tirar a atenção recebida nos hospitais psiquiátricos para um atendimento comunitário realizado sem prejuízo nas relações sociais e familiares do agora usuário CAPS. Acreditamos que o termo usuário tenha sido empregado para evidenciar que a partir da desinstitucionalização, não se tem mais um louco sem direito, e sim que passou a ter uma pessoa que faz uso de um serviço que é direito seu. Ele passou a utilizar um serviço e não mais ser propriedade de uma instituição asilar.

5.3.Sobre a Saúde Mental Infantil no Brasil

Percebe-se que até mesmo no momento da reforma psiquiátrica em nosso País, não se falava ainda em políticas públicas na saúde mental voltada para as crianças. Conforme Ribeiro (2006), estudos e intervenções no campo da saúde mental infantil só começaram a serem estruturados a partir do século XIX. Anterior a este período, os estudos, pesquisas e intervenções restringiam-se a falar sobre a mortalidade infantil, crendices, costumes e comportamentos, além das doenças que afligiam as crianças naquele período como sarampo, catapora, verminoses e até mesmo o ato de masturbar-se aos meninos (RIBEIRO, 2006; CUNHA; BOARINI, 2011) potencial causa de muitas doenças. Menezes (2008) menciona em sua pesquisa que até o século XIX era certa que a loucura não fazia parte do universo infantil, pois a loucura estaria ligado a perdas, sofrimentos e paixões que não estariam presentes na criança, portanto, era entendido que apenas adultos enlouqueciam, ou no máximo de adolescentes.

Ribeiro (2006) cita Costa sobre a necessidade de mudança quanto a proteção familiar que era dada às crianças:

Os higienistas perceberam que todo o sistema familiar herdado da Colônia tinha sido montado para satisfazer as exigências da propriedade e as necessidades dos adultos. Às crianças, tratadas como apêndice deste sistema, restavam as sobras do banquete. Foi contra esta situação que eles se bateram, vendo claramente que o inimigo principal era o pai, pivô e fulcro de toda a organização familiar (COSTA *apud* RIBEIRO, 2006, p. 30).

Percebeu-se que a criança precisava ser cuidada, protegida, amparada e educada pelos seus pais, que até aquele período da nossa história, amas-de-leite amamentavam os filhos dos brancos como parte dos seus serviços de escravas, abrindo mão de amamentar seu próprio filho em favor do filho de sua senhora. Conforme Ribeiro (2006) quanto mais a medicina deixava de ser exercida por “leigos”, mais poderes esta ciência adquiria por parte da sociedade e pelos poderes políticos. Poderes estes que autorizavam aos médicos impor normas e medidas de saúde na busca pelo equilíbrio na sociedade.

No entanto, a questão da mortalidade infantil continuou a ser obstáculo para o progresso que o País almejava, chegando a ser considerado um evento de “calamidade pública”, conforme Cunha & Boarini (2011). As autoras relatam ainda que nas primeiras décadas do século XX, o Brasil buscava com o movimento higienista alcançar o patamar de grande nação, assim como os europeus.

Vale mencionar que Ulysses Pernambucano, médico psiquiatra, foi pioneiro ao incluir serviços voltados para crianças no Brasil em saúde mental em Pernambuco. Ele foi segundo Ribeiro (2006) quem criou em 1925 o Instituto de Psicologia, lugar que deu origem a muitas pesquisas sobre testes de inteligência, grafismo e até mesmo o teste do Roscharch amplamente utilizado nos dias atuais. Pernambucano também foi responsável por criar em 1929 uma equipe multiprofissional para atuar diretamente com as crianças no Instituto de Psicologia.

Em 1932 a Liga Brasileira de Higiene Mental, inaugura a Clínica de Eufrenia, para atendimento de crianças na idade pré-escolar e escolar. Esta clínica tinha como objetivo prevenir doenças nervosas da infância, e também de corrigir comportamentos psíquicos anormais. Naquele período a eufrenia era tida como a ciência da boa formação psíquica (BRASIL, 2005b). Podemos inferir que por muito tempo perdurou a busca pela normatização como mecanismo para se alcançar uma saúde coletiva adequada aos padrões.

Cunha e Boarini (2011) por sua vez rememora a fundação de clínicas de orientação infantil; a primeira fundada em 1934 por Arthur Ramos no Rio de Janeiro, seguido por Durval Marcondes que inaugurou sua clínica em São Paulo em 1939; ambos, médicos higienistas e membros da Liga Brasileira de Higiene Mental. Estas clínicas tinham por objetivo ofertar serviços de higiene mental às crianças, na busca pela prevenção em transtornos mentais e na promoção e reajustamento da criança na escola.

Ribeiro (2006) relata que de estudos voltados para a mortalidade passou-se a estudos que defendiam e propagavam a utilização de métodos médico-higiênicos dentro do âmbito educacional, ou seja, a Escola começou a ser vista como o lugar ideal para preservar a criança de qualquer mal e capaz de moldá-la conforme os princípios higienistas. Amarante (2000), entretanto, aponta para uma reflexão acerca desta prática ao afirmar que “toda tentativa de reduzir a complexidade, a sutileza e a singularidade da experiência de sofrimento à descrição do fenômeno oferecida por um modelo teórico [...], resulta num claro empobrecimento e fechamento do trabalho assistencial (p. 285)”.

Com a criação da Constituição Federal em 1988, especificamente no artigo 227 que a criança e adolescente tem “o direito à vida, à saúde, à alimentação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 2005b, p. 8). Após a inclusão da criança na Constituição Federal, uma nova lei foi promulgada voltada diretamente aos direitos das crianças e adolescentes no Brasil; o ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente criado em 13 de julho de 1990 através da Lei 8.069. No art. 3º, esta lei afirma assegurar às crianças e adolescentes todas as oportunidades e facilidades para seu desenvolvimento físico, **mental**, espiritual e social, conforme Brasil (2002).

Conforme mencionado anteriormente, a Lei 10.216/001 consolidou o CAPS no Brasil como dispositivo central voltado para a atenção em Saúde Mental, contudo foi somente a partir da Portaria GM nº 336 sancionada em 19 de fevereiro de 2002 que o modelo CAPS foi regulamentado, de modo a reconhecer e ampliar o seu funcionamento. Menezes (2008) aponta que foi a partir da Portaria GM nº 336 que o cuidado à criança e adolescente em Saúde Mental ganhou um capítulo somente para si, com a criação do CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

Entretanto, conforme Sinibaldi (2013) foi somente a partir do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil em 2004 que a implantação do segmento infantil no modelo CAPS foi amplamente discutida e absorvida nas políticas públicas de saúde mental. Isto aconteceu através da Portaria GM nº 1.608, de 3.8.2004, que visou debater e deliberar questões a respeito da institucionalização de crianças, especialmente das portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2005b).

Brasil (2014) aponta a uma política de saúde mental infantojuvenil as seguintes diretrizes: 1) a criança ou adolescente a ser cuidado é um sujeito de direitos, onde a voz e a

escuta de cada criança deve ser reconhecida; 2) o acolhimento universal que determina que as portas estejam abertas a qualquer criança que busque atendimento; 3) encaminhamento implicado para aqueles cujas necessidades não possam ser contempladas pelo serviço CAPSi; 4) construção permanente da rede, promovendo à criança em atendimento a ampliação de ações e intervenções; 5) território, enxergar a criança como pertencente a uma rede de relações e afetos e não meramente como um recorte geográfico, e; 6) avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental, isto é, incluindo em suas ações diárias todos os serviços possíveis de serem realizados em seu território, sejam eles clínicos ou não.

Com base nestas diretrizes, os serviços em saúde mental infantil no modelo do CAPSi, devem segundo Brasil (2014):

(...) assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições. (BRASIL, 2014, p. 27).

Observa-se em pesquisas descritas por Brasil (2014) a inclusão de mais CAPSi no Brasil desde a Portaria GM nº 336 ao revelar que ao final de 2002 existiam em funcionamento 32 CAPSi e que no final de 2010 o número era de 128 CAPSi em atividade, no entanto, observa-se que mesmo diante de do crescimento apresentado, ainda é um número insuficiente para a demanda de muitas cidades brasileiras, como descreveremos em nosso próximo tópico.

5.4.Reforma psiquiátrica no Amazonas e a criação do CAPSi Leste

Uma das propostas deste artigo é abordar a saúde mental no Amazonas, visando ampliar as pesquisas referentes a este tema no Estado, para tanto, faz-se necessário falar inicialmente como aconteceu o movimento da Reforma Psiquiátrica no Estado até a criação efetiva do primeiro e único CAPSi.

Lopes (2011) traz um pouco da história do nascimento do Estado do Amazonas em sua pesquisa, a autora relembra que o Amazonas foi fundado em 1856, tendo como capital Manaós, que atualmente chama-se Manaus; localizado no Vale do Alto Amazonas. Durante o

ciclo da borracha (1850 – 1912) o Amazonas tornou-se um dos centros econômicos mais importantes do Brasil. Contudo, foi em 1870 que segundo Lopes (2011) os denominados loucos, mendigos e incapazes de contribuir para o progresso da região começaram a ocupar os espaços da Santa Casa de Misericórdia de Manaus.

Adentrando um pouco mais na história da Saúde Mental no Amazonas, Lopes (2011) traz a memória a criação do Asilo dos Alienados em 3 de outubro de 1894 pelo então governador Eduardo Ribeiro. Esta instituição funcionava e tratava aos seus internos do mesmo modo que as demais instituições para loucos do Brasil, de forma asilar, onde imperava o isolamento social e a vigilância punitiva. De Asilo dos Alienados para Colônia de Alienados em 1920 conforme propostas do médico psiquiatra Juliano Moreira.

Conforme relatado na história da saúde mental no Brasil, no final de 1970 movimentos sociais começaram a ganhar força e levantar questionamentos com relação às práticas profissionais dentro dos asilos/hospitais psiquiátricos. No Amazonas, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial também repercutiu, no entanto, conforme Lopes (2011) o movimento era “contra a corrupção administrativa presente no modelo asilar, e a denúncia de situações de violência institucional (p.50). Tal mobilização trouxe mudanças administrativas, incluindo a alteração no nome da Colônia, que a partir de 1980 passou-se a chamar de Hospital Colônia Eduardo Ribeiro.

Contudo, Lopes Neto et al (2009) ressaltam que apesar do movimento da luta antimanicomial, pouco avançamos neste cenário em relação ao restante do Brasil, principalmente se olharmos para a criação do primeiro CAPS no País, que aconteceu em 1987 conforme Brasil (2005a). A realidade do Amazonas destoa em relação aos outros estados brasileiros; segundo Lopes Neto et al (2009) a Reforma Psiquiátrica começou a concretizar-se de fato nos anos de 2005 e 2006, com a implantação de um CAPS em Parintins, Tefé e em Manaus conforme os moldes e orientações do Ministério da Saúde.

Navarro (2015) aponta que em 2007 o então governador Eduardo Braga sancionou a Lei Estadual de Saúde Mental nº 3.177 pela Assembléia Legislativa do Estado e publicada no Diário Oficial em 11 de outubro de 2007. Segundo Lopes Neto et al (2009) esta lei dispunha a integração social dos pacientes com transtorno mental, a partir de dispositivos substitutivos ao Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, como a criação dos CAPS, emergências psiquiátricas em Hospitais-Gerais e não mais em Hospital Psiquiátrico, serviços especializados em Hospital Dia, centro de convivência dentre outros, conforme Navarro (2015); entretanto, a autora

revela que esta lei não conseguiu ser implantada por não conseguir garantir aos pacientes os serviços substitutivos propostos na lei.

Quando paramos para observar o tempo que levou para o Amazonas constituir seu primeiro CAPS, visualizamos o quão ainda estamos distante do ideal, conforme nos mostra Colombarolli et al (2010) em sua pesquisa. Segundo os autores “a realidade no Estado do Amazonas é a mais grave de todas” (p. 24), pois existem apenas um CAPS III, um CAPS II, um CAPS I e um CAPSi na capital. Torna-se grave ao levarmos em consideração que o CAPS III é o centro de atenção efetiva a mais de 150 mil habitantes, revelando está longe do padrão aceitável e proposto pelo Ministério da Saúde.

Sobre o primeiro CAPS de Manaus, Vieira (2010) revela que foi inaugurado em 04 de maio de 2006, quase 20 anos após o primeiro CAPS inaugurado no Brasil, na cidade de São Paulo. O CAPS do tipo III inaugurado recebeu o nome do Dr. Silvério Tundis – médico psiquiátrico que deu os primeiros passos na implantação da Reforma Psiquiátrica em solo amazonense – como homenagem “a um homem que soube interpretar os desafios do seu tempo” (Casado, 2013).

Colombarolli et al (2010) por sua vez afirmam que a inauguração do primeiro CAPS em Manaus pelo governador Eduardo Braga aconteceu como resultado da forte pressão recebida por parte dos movimentos sociais a nível nacional e do Ministério Público que cobrava uma mudança em prol das pessoas com transtorno mental e, que até aquele momento não estava em vigência no Estado, conforme vimos anteriormente que a Lei estadual foi sancionada apenas em 2007.

Verifica-se que a saúde mental no Amazonas não foi prioridade no Estado, visto que em 2003 foi realizado um levantamento em saúde mental que indicava a necessidade da implantação de pelo menos dez CAPS em Manaus para que pudesse atender a demanda existente, no entanto, Navarro (2015) pontua que em 2005 foi estabelecido que quatro CAPS fossem implantados, o que também não se efetivou.

Considera-se que o Estado do Amazonas tem ainda por referência em saúde mental o Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, por oferecer serviço de pronto-atendimento, atendimento de urgência e emergência para pacientes em crise e leitos para internações breves de até 72 horas (Navarro, 2015). A autora expõe ainda que dentre os quatro CAPS existentes em Manaus, um é do tipo III que possui gestão estadual, e três, sendo um do tipo III, um CAPS AD do tipo III e um CAPSi com gestão municipal.

E assim chegamos ao CAPSi, inaugurado em 2012 na Zona Leste de Manaus, com o objetivo de “disponibilizar assistência qualificada, em um ambiente inclusivo, acolhedor e direcionada à reinserção social dos pacientes”, palavras do secretário municipal de Saúde, Francisco Deodato em exercício no período, conforme disponibilizado pela Prefeitura de Manaus (2012). Deodato revelou na entrevista que o CAPSi funcionaria com as modalidades de atendimento intensivo, semi-intensivo, não-intensivo e que inicialmente atenderia as crianças encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas do Distrito de Saúde Leste e também as crianças recebidas pelo CAPS Sul.

Estas, portanto, foram as únicas informações obtidas sobre a implantação e propostas do CAPSi Leste, a pesquisa virtual realizada mostrou que tão recente quanto a implantação do CAPSi em Manaus, é também a pesquisa acadêmica em relação a ele. Não foi localizado nenhuma publicação de pesquisas voltadas para o CAPSi Leste, o que motivou ainda mais falar sobre. Para tanto, obtivemos com exclusividade uma entrevista com a Diretora do CAPSi em Manaus no dia 28 de setembro de 2018.

A intenção da entrevista foi conhecer os passos percorridos até a implantação do CAPSi em Manaus, quais dificuldades, como o movimento acontece em prol do CAPSi, o que aconteceu com os outros CAPSi que ainda não foram implantados, conforme veremos a seguir. No entanto, a Diretora achou mais indicado iniciar pelo começo, nos levando para novas descobertas até então não reveladas neste artigo.

Para começar, a gestora da unidade trouxe a memória a implantação do primeiro CAPS em Manaus, o CAPS Silvério Tundis, inaugurado em 2006 na gestão do psiquiatra Rogelio Casado, o interessante foi descobrir que o local onde foi implantado o primeiro CAPS não era para ser um CAPS e sim uma unidade básica de saúde. Segundo Mendes estava tudo certo para que assim fosse, no entanto, Casado conseguiu articular a implantação do primeiro CAPS ali, primeiro e último implantado diretamente pela SUSAM. O primeiro CAPS do município só aparece em 2010, o CAPS Sul localizado na Borba e em 2012 o CAPSi Leste, e no ano de 2015 o CAPS AD III, lembrando que em 2016 o CAPS Sul passa a ser tipo III.

Para ela, a história dos CAPS no município revela o primeiro concurso em que a Prefeitura de Manaus incluiu os primeiros profissionais em saúde mental, isto em 2005. Isso porque naquele período havia um projeto com a Coordenação em Saúde Mental para implantar as primeiras equipes de Apoio Matricial – AM na cidade, semelhança ao NASF que temos hoje, sendo que naquele período seria exclusivo para saúde mental. Este projeto, por

tanto, apontava para a necessidade de se criar vagas específicas no concurso, como para psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, visando diretamente a implantação destas equipes de AM nos recém implantados Distritos de Saúde, que também surgem no ano de 2005 em Manaus.

Os Distritos de Saúde possuíam o objetivo de centralizar a gestão que antes ficava unicamente na sede da SEMSA – Secretária Municipal de Saúde, de modo a ficar mais próximo dos territórios, “como se fosse uma mini SEMSA”, entretanto não se tinha a estrutura necessária. A diretora que no início fazia parte da equipe que foi para a Zona Sul, revela que quando a equipe começou a ensaiar a entrada no território, percebeu que a ausência de um psiquiatra estava dificultando esta entrada. Diferente das outras duas equipes que tinham psiquiatras, a equipe Sul não tinha, tornando difícil responder as demandas do território, pois não tinham para onde referenciar, pois somente existia o Hospital Eduardo Ribeiro e o CAPS Silvério Tundis já territorializado e que não aceitava demanda de fora do seu território.

Diante desta realidade, a equipe Sul começa então a compor um projeto para implantação do CAPS Sul juntamente com o apoio na formatação da enfermeira Lina Soeiro que fez parte da equipe do antigo movimento dentro do Eduardo Ribeiro com o Silvério Tundis. Logo, a equipe que inicialmente foi designada para integrar o AM (Apoio Matricial) tornou-se a primeira equipe do CAPS Sul, que diante da pressão do Ministério Público - MP e dos órgãos de controle foi inaugurado em 2006; com isso “a equipe de AM deixa de existir e aos poucos as demais equipes vão se desarticulando por falta de suporte”.

Conforme Gestora o projeto para a implantação do CAPSi ficou pronto na mesma época, pois “assim que se pensou em montar um CAPS adulto, na sequência já tinham pensado em implantar o infantojuvenil. No entanto, a burocracia, os processos atravancados foram se configurando e arrastando a implantação do CAPSi para anos depois. Encontrar uma casa com a documentação em dia foi uma das maiores dificuldades, ao passo que a casa onde hoje funciona o CAPSi Leste foi uma das poucas, se não a única que estava com pouca documentação pendente. Logo, a equipe se empenhou em regularizar o mais rápido que pôde.

Enquanto buscavam regularizar e adaptar a casa para iniciar as atividades, o MP fortalecido pela Portaria de implantação da rede de atenção psicossocial de 2011 começou a pressionar para que fosse inaugurado o CAPSi. Ao ponto de que o concurso que a SEMSA pretendia realizar para compor a equipe não chegou a tempo, sendo realizado após implantação do CAPSi Leste. Diante desta realidade, coube a SEMSA relatar profissionais

para compor a equipe do CAPSi rapidamente, e com isso, profissionais de diversos lugares foram colocados contra sua vontade para trabalhar em um serviço que também não era desejo deles, pois “trabalhar com saúde mental não é a disposição inicial de nenhum profissional” sic Diretora.

Perguntada sobre a demanda recebida no CAPSi Leste e a não implantação dos outros 3 CAPSi, relatou que o MP há dois anos atrás multou a SEMSA em mais de um milhão de reais; não somente pela ausência dos CAPS, mas sim também pela ausência da implantação dos outros serviços que foram acordados entre SEMSA e SUSAM na época. Sobre a demanda, afirmou que no início por ser tudo novo e ainda bem confuso para os que ali foram colocados contra sua vontade para trabalhar, é possível observar pelos prontuários iniciais que a demanda era muito pequena. Por ser um serviço novo na cidade, poucos conheciam, “ninguém sabia o que era, como funcionava, para que servia”, mas, tão logo o CAPSi Leste alcançou a sua capacidade de atendimento.

Segundo a diretora, a Portaria 336 orienta que o CAPSi deve atender por turno no máximo 15 crianças e adolescentes, isto porque, trata-se de um serviço de atenção diária intensiva. A proposta da Portaria 336 contempla no ideal a permanência diária da criança/usuária no CAPSi Leste e não que ela apenas passe pelo serviço como tem acontecido em Manaus, devido a grande demanda, contudo ela afirma que, “se a gente fosse trabalhar do jeito que a portaria determina, o CAPSi teria que fechar as portas”.

Questionada sobre o comprometimento dos serviços diante da grande demanda recebida, afirma que “tudo fica comprometido”, atender conforme a portaria orienta é um desafio, e tem sido possível a uma pequena quantidade de crianças e adolescentes, “que são aquelas que têm acesso não só a consultas médicas, mas também aos atendimentos multidisciplinares. Esses são poucos e nós sabemos disso”. A grande maioria atualmente tem ficado em regime de ambulatório.

A Direção revelou ainda que não temos atualmente uma rede de apoio estruturada para encaminhar as crianças: “Nós temos hoje uma psicóloga que atende criança e adolescente na policlínica Gilberto Mestrinho, uma”. Outro detalhe segundo ela é que quando a equipe CAPSi Leste começa a encaminhar, os profissionais para onde foram encaminhados devolvem para o CAPSi dizendo não atender crianças e adolescentes, ou mesmo que não atendem crianças com perfil de CAPS. Nas palavras da diretora, a tão idealizada rede de atenção atualmente “está furada, e por isso a gente se vê muito solitário na atenção psicossocial infantojuvenil”.

Apresentada essa realidade, surgiu o questionamento sobre a existência de movimentos por parte da equipe e usuários do CAPSi Leste quanto a cobrança da implantação dos outros CAPSi na cidade. Sobre este questionamento, a diretora confirmou existir o chamado *controle social*. Relatou que a primeira manifestação mais contundente do controle social foi em 2016, quando pais, usuários e trabalhadores se organizaram em assembleias. Diante das muitas reclamações em relação ao serviço, falta de profissionais, falta de materiais para trabalho, medicamento, dentre outras; foi realizado uma chamada para os pais com o intuito de organizar o controle social e juntos preparem o documento que seria entregue ao secretário.

Então em maio de 2016 fizemos um movimento dentro da SEMSA, levamos cartazes, faixas. O secretário nos recebeu, e depois se comprometeu de vir aqui no serviço para conversar com todo mundo sobre as demandas que foram apresentadas, mas ele não apareceu na data agendada, e aí, os pais começaram a notificar a SEMSA, organizaram um documento notificando a SEMSA a respeito daquilo que foi solicitado e do compromisso do secretário de estar aqui e caso ele não comparecesse nós iríamos para a mídia, porque até então não tínhamos ido para a mídia. Então, ele ainda desmarcou umas duas vezes, mas veio, ele veio, a conversa foi muito boa e ele conseguiu atender uma parte pequena das demandas, mas conseguiu. Vieram novas colegas para o CAPSi, foi quando entraram as pediatras (Diretora do CAPSi Leste).

A diretora menciona ainda que a falta do medicamento Risperidona e o afastamento da psiquiatra no CAPSi Leste levou o controle social a retomar em 2018 as cobranças quanto ao que foi acordado em 2016 e não foram cumpridos, “retomamos o movimento, precisamos nos reorganizar porque essa situação só se resolve com controle social. (...). Hoje estamos com uma organização mais diferente, mais forte”. A força que o controle social tem desempenhado nas lutas em prol do CAPSi Leste e para a implantação de novos CAPSi têm sido cada vez mais evidenciada no município.

No dia 10 de setembro de 2018, dia mundial da prevenção do suicídio, este grupo formado por usuários, pais e trabalhadores fizeram em frente à sede da Prefeitura de Manaus, um ato público, entretanto, o Prefeito não os recebeu. A sub secretária juntamente com a gerente da região de atenção psicossocial e mais a diretora das redes de atenção conversaram e conseguiram pactuar algumas das demandas apresentadas pelo controle social. Ao passo ficou acertado uma reunião para o dia 26 de setembro de 2018, para discussão da pauta com 13 itens. Contudo, no dia marcado todo o movimento apareceu, não apenas a comissão que era esperado pelo secretário.

O movimento lotou o auditório da SEMSA, foi uma coisa assim, linda, sabe, e o próprio secretário veio receber e conversou com as pessoas, foi um momento assim muito bonito. Nesse tempo todo que estou na SEMSA, 12 anos, mais de 12 anos, nunca um secretário conversou diretamente com as pessoas envolvidas em um movimento da saúde mental como fez. Ali tinha usuário, familiar, os próprios trabalhadores; todo mundo falou, a pauta foi lida, foi um momento extremamente respeitoso, não teve bagunça, não houve nenhuma manifestação anárquica, foi tudo muito ordeiro e respeitoso de ambas as partes, mas a gestão saiu muito impactada, vendo assim que o movimento não está para brincadeira e que eles querem resposta (Diretora do CAPSi Leste).

Observamos que a presença do controle social tem sido fundamental aos desafios que o CAPSi Leste enfrenta diariamente em relação a demanda que chega procurando por serviço. A fim conhecer como a psicologia tem atuado dentro do CAPSi a diretora optou por falar da evolução da equipe como um todo nesse processo. Relembrou que os profissionais que chegam para atuar no CAPSi Leste trazem consigo a experiência de ambulatório, onde cada um tem sua agenda de consultas, onde cada um trabalha em sua sala; só que esta não é a realidade e nem proposta de serviço do CAPSi. Para tanto ela diz que foi necessário ter “paciência para ir curando essas feridas, falando sobre o novo jeito de atuar, o jeito da atenção psicossocial trabalhar que é interdisciplinar, que é com trabalhos em grupo em sua maioria, que é vislumbrando a criança e adolescente como sujeitos de direitos e não só como objeto de intervenção”. Mencionou ainda a importância em entender o campo de atuação, que em relação ao CAPSi é um campo de intervenção aberto onde fica impossível trabalhar cada um dentro da sua caixinha; “o atendimento em grupo se volta para a proposta, em que a gente consegue ver a criança para além do sintoma que é a grande questão”.

Observa-se a partir desta preciosa entrevista que o CAPSi Leste com 6 anos de existência na cidade de Manaus tem enfrentado lutas das mais diversas, desde a dificuldade para incluir profissionais habilitados e com interesses em atender crianças e adolescentes na área da saúde mental, como a falta de medicamentos que traz inúmeras reações negativas tanto para a criança que entra em colapso pela ausência do remédio, como para os pais que não conseguem ajudar seus filhos. No entanto, vê-se neste mesmo cenário, um CAPSi capaz de organizar uma comissão de controle social, que estimula os pais e usuários a lutar por seus direitos, que tem trabalhadores que escolheram abraçar a infância e adolescência e que lutam junto para prover aos usuários atendimento de qualidade.

5.5.Considerações Finais

Este artigo buscou através da revisão de literatura e entrevista aplicada percorrer o caminho trilhado desde o nascimento do movimento da Reforma Psiquiátrica até o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a infância e adolescência no Brasil e também no estado do Amazonas, especificamente na cidade de Manaus.

Portanto, inicialmente buscou-se conhecer quando a infância passou a ser incluída no cuidado em saúde mental. Percebeu-se a partir da literatura que até o século XIX não existiam pesquisas ou mesmo estudos voltados para a saúde mental infantil. Anterior a este período os então denominados *loucos* eram colocados em grandes hospitais asilares visando garantir para a sociedade a ordem e limpeza. No Brasil D. Pedro inaugura o Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro no ano de 1852, justamente para designar o local onde deveriam ficar aqueles que incomodavam a ordem (HEIDRICH, 2007).

Em 1970 surge no Brasil um movimento sanitarista que buscava melhorias no modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, favorecendo o surgimento de outros movimentos sociais em prol de mudanças no cuidado destinado aos internos dos hospitais psiquiátricos, que eram maltratados, subjugados, torturados; e no ano de 1978 marcou o início efetivo da luta em favor dos interesses e direitos dos pacientes psiquiátricos no País.

Observamos que até este momento não existiam propostas de inclusão da infância e adolescência no cuidado em saúde mental. Os resultados desta investigação possibilitaram-nos constatar que assim como as crianças demoraram a serem reconhecidas como sujeitos de direitos, a saúde mental para crianças e adolescentes também foi marcada por um longo período de insignificância. Somente a partir da Portaria GM nº 336 de 2002 que foi instituída a criação do CAPS tipo i, ou seja, um CAPS voltado para o público infantojuvenil.

A portaria trouxe apontou a necessidade da implantação de CAPSi, o Ministério da Saúde orientou como essa implantação deveria ocorrer e quais diretrizes seguir. Foi possível observar grandes avanços nestes 16 anos da portaria 336 em vigor, entretanto, podemos considerar que ainda temos grandes desafios pela frente. Desafios que foram evidenciados a partir da entrevista concedida pela diretora do CAPSi Leste em Manaus. No Brasil, temos 16 anos da implantação do primeiro CAPSi, no Amazonas temos apenas um CAPSi localizado na cidade de Manaus, que possui 6 anos de funcionamento, isto é, um CAPSi consideravelmente novo e com uma demanda extrapolada há muito tempo.

Ressaltamos, no entanto, que não há dúvidas de que a criação do CAPSi no Brasil representa um avanço significativo no atendimento à criança com transtorno mental, todavia,

as informações obtidas por meio desta investigação literária e entrevista, revelou o quão distante ainda estamos enquanto região Amazonas do funcionamento ideal e adequado deste dispositivo em saúde mental. Contudo, contemplamos um cenário atual forte, que tem se movimento em prol de melhorias internas, e por implantação de mais CAPSi na cidade de Manaus, o que denota um compromisso com a atenção psicossocial infantojuvenil.

5.6.Referências

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.

_____, P., org. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection. 316 p. ISBN 978-85-7541-319-7.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 06 nº 01, 2001, pág.73-85.

ARIÈS. P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1981.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Normativas Internacionais. Conselho Nacional dos Direitos da criança e do Adolescente. Brasília, DF: Conanda, 2002.

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

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CASADO, Rogelio. Blog Picica: Hoje, Silvério Tundis faria 61 anos de idade. 2013. Disponível em <http://rogeliocasado.blogspot.com/2013/10/hoje-silverio-tundis-faria-61-anos-de.html>. Acesso em 24 de setembro de 2018.

COLOMBAROLLI et al. **Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Manaus**. Psicologia: teoria e prática - 2010, 12 (3):23-33.

CUNHA, C.C; BOARINI, M.L. O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica. Programa de Mestrado em Psicologia, UCDB – Campo Grande. **Revista Psicologia e Saúde**: Universidade de Maringá, v. 3, n. 1, pp. 68-76 2011, 2011. Disponível em: www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/download/83/150 Acesso em: 20 jun. 2017.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. Tradução José Texeira Coelho Netto. Editora Perspectiva: São Paulo, 1972.

_____. **Microfísica do poder**. Tradução e Organização de Roberto Machado. (1a.ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina**. Verve, São Paulo, n. 18, p. 167-194, agosto/dezembro. 2010. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>. Acesso em: 16/08/17.

GONÇALVES, M. S. Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, UERJ - **Revista Brasileira de História da Ciência**, V. 6, n. 1, p. 60-77, 2013.

HEIDRICH, A. V. **A reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Porto Alegre: PUC-RS, 2007.

LOPES NETO, D. L. et al. Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, out./nov. 2009.

LOPES, L. O. **Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica**. Dissertação de Mestrado: Psicologia. Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, 2011.

MENEZES, C. D. de. **O direito à convivência familiar e comunitária das crianças e dos adolescentes portadores de transtorno mental**. Dissertação de Mestrado: Serviço Social, PUC: Rio de Janeiro, 2008.

MESQUITA, J. F. de – **Quem Disse Que Lugar de Louco É no Hospício?** Um estudo sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

NAVARRO, R. M. **A história da política de saúde mental do Amazonas: A reforma psiquiátrica e sua estruturação**. Dissertação de Mestrado: Sociedade e Endemias na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, 2015.

PEREIRA, S. A. **A desinstitucionalização do portador de transtorno mental segundo a produção bibliográfica**. TCC (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Curso de Serviço Social, 2011.

PREFEITURA DE MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. 2012. Disponível em <http://semsa.manaus.am.gov.br/prefeitura-inaugura-centro-de-atencao-psicossocial-para-criancas-e-adolescentes/>. Acesso em 25 de setembro de 2018.

RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Revista Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2871/287122090004/>. Acesso em: 20 jul. 2017.

SINIBALDI, B. **Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis.** *Revista de Psicologia da UNESP* 12(2), 2013. Disponível em: <http://www.pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n2/a05.pdf> Acesso em 10 set. 2018.

VIEIRA, H. W. D. **Análise da dinâmica do cuidar no Centro de Atenção Psicossocial dr. Silvério Tundis.** Dissertação de Mestrado – Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. UFAM, 2010.

6. ARTIGO 03: Patologização e medicalização infantil: um olhar foucaultiano

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se efetua somente pela consciência ou pela ideologia, mas também no corpo e com o corpo.

(M. Foucault)

6.1.Introdução

O presente artigo aborda uma revisão de literatura integrativa crítica sobre a patologização e medicalização infantil a partir da abordagem genealógica de Michel Foucault, com o objetivo de discutir a importância em diagnosticar para medicar comportamentos como mecanismo de controle social. A questão que abordamos aqui é: estaríamos realmente vivendo um período na história em que as crianças estão de fato adoecidas ou seriam na verdade os adultos que estão menos dispostos a lidar com o novo que as crianças contemporâneas trazem em seu processo de desenvolvimento?

Compreendemos o indivíduo como ser biopsicossocial construído historicamente, nos transportando a um ser mutável, que não permanece o mesmo durante as mudanças ocorridas em seu cotidiano. Quando pensamos nas crianças, também nos referimos a uma construção sócio-histórica, que podem apresentar características de uma época passada, mas que sofre alterações de uma época para outra. Foucault como contributo permanente neste artigo, nos conduz em sua abordagem genealógica a ideia de uma estratégia utilizada pelo saber-médico dirigido às crianças em que visualiza o biológico como um componente de preocupação social.

Para o desenvolvimento da discussão proposta, o artigo aborda inicialmente os conceitos de normalidade e anormalidade apresentados pelo sociólogo E. Durkheim (2007) que defende a variação quantitativa daquilo determinado como normal a partir dos fatos sociais; e, o filósofo G. Canguilhem (2009) que afirma que normalidade é um conceito dinâmico e também polêmico.

Em um segundo plano apresentamos a Instituição Escola como espaço de liberdade ou disciplinar ancorado pelas obras de Foucault (1987, 1995, 2004) a partir de um deslocamento conceitual para a área da educação, e das contribuições de Moysés (1992), Chambouleyron (2007), Del Priore (2007), Luengo (2010) e Cohn (2013).

Por fim abordaremos a medicalização infantil como dispositivo médico-disciplinar a partir do posicionamento teórico de Foucault (1979, 2010a, 2010b) sobre o uso do saber-médico a partir da autonomia dada pela sociedade para medicalizar a vida. Contaremos ainda com as contribuições dos autores Machado et al (1978), Collares & Moysés (1994), Guarido (2007), Moysés (2011), ANVISA (2012), CFP (2012), Antoneli (2015) e Caldeira de Oliveira (2015) no enriquecimento do tema abordado.

Importante ressaltar que as contribuições aqui reveladas a partir desta revisão integrativa acerca da temática, não se referem a uma verdade universal, porém nos conduzem a propor uma ampliação nas discussões e reflexões sobre a inferência de diagnósticos à infância como estratégias de biopoder.

6.2.Método

Este estudo é resultado de uma revisão crítica de literatura, realizada a partir da base de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), utilizando os seguintes descritores: infância, patologização, medicalização e fracasso escolar. Como critério de inclusão nos apropriamos de artigos e obras que tratassem sobre a crescente patologização da infância, fracasso escolar, bem como o controle social e estratégias de biopoder na infância contemporânea.

6.3.Discussão dos resultados

6.3.1. Breves Considerações sobre Normal e Patológico

Refletir sobre as noções de normalidade e anormalidade na infância tem sido recorrente, isto porque, médicos, educadores e psicólogos com aval da sociedade contemporânea, entendem que a identificação precoce de patologias ou sinais patológicos são essenciais para a prevenção e para um prognóstico favorável no desenvolvimento infantil.

Conforme o dicionário Aurélio, prevenção refere-se: 1. Ato ou efeito de prevenir. 2. Opinião que se tem de alguém ou de alguma coisa antes de examinar. 3. Aviso prévio. Prevenção na infância tem, portanto, a ideia de evitar um mal futuro, ao impedir às ações comportamentais indesejáveis socialmente.

O sociólogo Durkheim (2007) considera o normal e o patológico como sendo fatos sociais, logo, há fatos sociais que apontam para fenômenos considerados normais e fatos sociais para fenômenos patológicos. Durkheim define fato social como sendo “toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior [...]” (op. cit. 13).

Para o autor, a classificação do fenômeno em normal ou patológico está ligada a frequência do fenômeno na sociedade, em que a partir de três regras é possível fazer a distinção entre normal e patológico:

- 1° - Um fato social é normal para um tipo social determinado, considerado numa fase determinada de desenvolvimento, quando se produz na média das sociedades desta espécie, consideradas numa fase correspondente de desenvolvimento;
- 2° - Os resultados do método precedente podem verificar-se mostrando que a generalidade do fenômeno está ligada às condições da vida coletiva do tipo social considerado;
- 3° - Esta diversificação é necessária quando um fato diz respeito a uma espécie social que ainda não cumpriu uma evolução integral. (Durkheim, 2007, p. 65).

Para além da biologia, o autor afirma que não é a generalização de um fato social que irá caracterizar os fenômenos sociológicos, de maneira que, o que é patológico para uma sociedade pode não ser para outra, da mesma forma que não sendo patológico para determinada sociedade, tal fenômeno pode vir a ser em determinado momento da história. Canguilhem (2009), entretanto faz uma crítica quanto ao posicionamento de que o patológico é apenas uma variação quantitativa do normal, pois ao estabelecer uma regra/normal capaz de distinguir o que é ou não norma, apenas cria um tipo ideal de conceito:

Quando se define o normal pelo mais frequente, cria-se um obstáculo à compreensão do sentido biológico dessas anomalias às quais os geneticistas deram o nome de mutações. [...]. A norma é a forma de desvio que a seleção natural conserva. [...]. No entanto, sabe-se muito bem que as mutações são mais frequentemente restritivas do que construtivas; que, quando são duráveis, frequentemente são superficiais e que, quando são consideráveis, acarretam uma certa fragilidade, uma diminuição da resistência orgânica. De modo que devemos reconhecer que as mutações têm o poder de diversificar as espécies, muito mais que o poder de explicar a gênese dessas mesmas espécies. (op. cit. 101).

Canguilhem (ibidem), portanto, entende saúde como sendo a capacidade que o indivíduo possui de ser normativo em qualquer situação, isto é, a capacidade em adaptar-se a qualquer situação, ambiente, de maneira a impor as suas normas para outros e não se submeter a normas externas. O autor expressa este posicionamento ao afirmar que o normal não é um conceito fixo, estático, pelo contrário, em sua visão, normal é um conceito dinâmico e ao

mesmo tempo polêmico. Isto porque ao normalizar está se impondo uma exigência para aceitação.

Deste modo, o que anda na contramão do que é ditado como norma, regra, padrão, está fadado a ser “anormal”, que segundo Antoneli (2015) o anormal seria exatamente, a fuga, o desvio do ângulo. Quando procurado o termo anormal no Dicionário Aurélio encontramos: contrário às regras, irregular; pessoa que não é normal.

É, dentro deste conceito que a sociedade para poupar a criança dos conflitos naturais do seu desenvolvimento como as frustrações e rebeldia que são peculiares da idade, a expõe a conflitos ainda maiores, supondo ser melhor nomear aquilo que não consegue lidar e que em sua concepção destoa do convencional, inferindo uma patologia que explique e justifique suas ações. Entende-se, portanto, a partir dos conceitos de Canguilhem (ibidem) que o doente não é anormal pela ausência de normas, e sim por sua incapacidade de ser normativo perante ao estabelecido como regras sociais; normatização esta que pela plasticidade existente nas sociedades, pois o que era normativo em determinados momentos da sua história, pode deixar de ser em outro momento, ou circunstância.

A escola enquanto segundo grupo social, durante a infância e juventude, ao qual o ser humano é inserido traz em seu cotidiano a aplicabilidade do que é normal ou anormal, pois é geralmente a partir do contato da criança com a instituição escolar que os comportamentos começam a serem questionados e colocados em xeque. Desta forma, vemos como importante falar um pouco sobre este espaço, e como – a partir das leituras realizadas – são vistos pela sociedade contemporânea.

6.3.2. Escola: Espaço de Liberdade ou Disciplinar?

Incapacidade de ser normativo, de cumprir as regras é, a partir dos conceitos estudados no tópico acima, patológico. Quando se busca entender a aplicabilidade destes conceitos no âmbito escolar contemporâneo, visualiza-se uma escola que atribui à criança indisciplinada e/ou com dificuldades de aprendizagem, uma patologia, uma doença.

Moysés (1992) em seu artigo sobre “Fracasso Escolar: uma questão médica?”, nos instiga a pensar no porque crianças que riem, correm, falam, e aprendem facilmente tudo o que a vida lhe ensina fora do espaço escolar, são portadoras de patologias que só se manifestam quando estão na sala de aula.

Voltando um pouco no tempo, especificamente, no período Colonial, quando os padres pertencentes à Companhia de Jesus desembarcaram no Brasil em 1549, trouxeram consigo além do interesse principal em doutrinar as crianças indígenas, a preocupação em ensinar a ler e escrever, conforme Chambouleyron, 2007, pois os jesuítas comparavam as crianças indígenas com o papel branco, isto é, alguém que não tinha nada a oferecer e que poderia fazer dele o que desejasse.

Chambouleyron (2007) relata que o modo disciplinar encontrado pelos jesuítas para aplicar àqueles que fugiam da escola, foi mandar fazer um tronco e um pelourinho. No entanto, para administrar tal disciplina nos que ousavam fugir daquele método de ensino, era chamado alguém de fora da companhia, resguardando assim a figura dos padres.

Sabe-se que o ensino neste período não era exclusividade dos jesuítas da Companhia de Jesus, haviam ainda as contribuições significativas deixadas pelos Frades Menores, que segundo Chambouleyron (2007) se ocuparam com a conversão e ensino dos filhos dos portugueses que chegavam ao País. De modo que o ensino das letras e doutrina implicavam em uma transformação radical na vida das crianças e jovens indígenas no século XVI.

Del Priore (2007) afirma que o ensino às crianças tinha por objetivo transformá-las em pessoas responsáveis. Para tanto, recebiam cartilhas de alfabetização e jovens de ambos os sexos por meio de estórias eram ensinados a serem virtuosas, sobre zombarias, desobediência e outros temas que julgassem fundamentais para contribuir na formação adequada.

Ainda conforme Del Priore (2007), com o passar do tempo a educação e a medicina vão moldando as crianças: “Mais do que lutar pela sua sobrevivência, tarefa que educadores e médicos compartilhavam com os pais, procurava-se adestrar a criança, preparando-a para assumir responsabilidades” (Del Priore, 2007, p. 104). A autora ao citar Francisco de Mello Franco expõe a que nível a educação era traduzida naquele período, o que segundo ela, era uma educação que ao mesmo tempo era física e moral, ou seja, à época afirmavam que sem o uso da força e da violência não teriam aproveitamento esperado, isto é, não aprenderiam e não haveria mudança no temperamento original do aluno.

Avançando um pouco mais na história, o Brasil chegou ao período higienista na primeira metade do século XX, especificamente no ano de 1920 em que tais ideias ganharam força. Foi a partir deste momento, que o modo de viver passou a ser regulado por discursos e práticas médicas, com o aval do Estado na realização destas práticas. A educação e saúde, conforme Luengo (2010) unem forças na busca pela normatização da criança, permitindo ao

educador ser aquele capaz de identificar anormalidades, e, tornando a criança alvo fácil das ações de prevenção e saneamento propostas pelas práticas médicas.

Foucault se dedicou a trabalhar em várias áreas do conhecimento, no entanto, não adentrou especificamente na área escolar, contudo, em *Vigiar e Punir* (1987), o referido autor aborda o tema disciplina com foco na instituição escolar. Observa-se em sua obra que em muitos momentos ele faz referência ao ambiente carcerário, de maneira, que nos permite fazer um deslocamento das suas ideias em relação a um campo para o campo da educação.

Segundo Foucault (1987) a disciplina é uma técnica de poder que torna o indivíduo ao mesmo tempo como um objeto e um instrumento a serviço do poder. De modo que a disciplina busca produzir indivíduos úteis, a partir do que ele chamou de corpo dócil, que vem a ser o corpo que pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado para fins desejado por aqueles que detém o poder.

Foucault (1987) expressa ainda qual a função exercida pela aplicabilidade da disciplina no corpo: “(...) visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente (Foucault, 1987, p. 164).

A partir das práticas disciplinares adotadas no âmbito escolar, Luengo (2010) expõe que o normal é então instituído para aprisionar o aluno, que através de uma educação padronizada busca igualar os desiguais, sem ao menos levar em consideração a individualidade e subjetividade de cada criança/aluno.

Observa-se que tanto no passado quanto no presente a escola não tem proporcionado liberdade aos alunos, sejam eles de qual idade forem. Conforme a autora “o lazer na escola passou a ser um lazer proposital [...]” (Luengo, 2010, p. 44). Por ser a escola uma instituição de vigilância, toda e qualquer conduta desviante será punida, de maneira a privar a criança/aluno do seu direito a ter seu tempo de lazer que já foi amplamente reduzido para dar espaço a mais horas dentro da sala de aula.

Foucault (1987) chama de vigilância ininterrupta a fim de evitar as condutas desviantes, esta vigilância no ambiente carcerário acontece a partir dos horários estabelecidos para cada atividade, em que, cada momento do dia é destinado a alguma atividade específica que implica obrigações e proibições. Esta referência feita por Foucault ao sistema carcerário, também se aplica ao sistema educacional/escolar em vigência: “Na essência de todos os sistemas disciplinares, funciona um pequeno mecanismo penal” (op. cit., p. 202).

A escola segundo Luengo (2010) tem retirado da criança/aluno sua liberdade por meio do controle, da punição e dos moldes propostos. Liberdade de ser quem é, liberdade de se expressar, liberdade de brincar, liberdade de errar, liberdade de criar dentre outras formas de liberdade. Observa-se, contudo, na contemporaneidade que nas chamadas de marketing das escolas que oferecem às crianças/alunos uma gama de oportunidades de aprender com diversão, o que torna atrativo na busca pela escola ideal.

No entanto, esta liberdade proposta nas propagandas é regulada, pois ao fazer parte da escola, a criança/aluno se ver livre para realizar algumas escolhas, e regulado pelas escolhas feitas. Segundo Foucault (2004) “a liberdade é, portanto, em si mesma política” (2004, p. 4), por não haver relação de escravidão com o outro, pois em um escravo não há ética, e a ética é a forma assumida liberdade.

Foucault (2004) enfatiza ainda que só é possível a existência de uma relação de poder por se tratar de seres livres, reforçando que não há relação de poder quando se trata de escravos. O que significa dizer que haverá necessária a presença de resistência, pois sem resistência não há relações de poder (Foucault, 2004).

Sobre a relação de poder dentro do ambiente escolar, Foucault (1995) explica que todo o processo que envolve o aprendizado ou a aquisição de aptidões dentro da escola, se desenvolvem por meio de um conjunto de comunicações reguladas, e através de vários procedimentos que envolve o poder, como a vigilância, recompensa, punição e até mesmo o enclausuramento.

Anterior a problematização ou propriamente a patologização dos comportamentos encontrados pelos educadores como confrontadores ao seu ofício, é importante compreender que em toda relação de poder a resistência estará presente, conforme nos afirma Foucault (1995), e ela completa: “se há relações de poder em todo campo social, é porque há liberdade por todo lado” (Foucault, 2004, p. 8).

Deve-se, portanto, buscar conhecer de qual criança fala-se hoje nas escolas contemporâneas. Cohn (2013) assinala que reconhecer as diferenças e não as afastar por suas diferenças, gerará crianças mais seguras e autônomas, pois estas estarão sendo respeitadas. Uma escola que averigüe a diversidade encontrada em seu ambiente, uma escola capaz de enxergar as diferenças sem criar rótulos ou supor diagnósticos, uma escola que trabalhe dentro do seu programa político pedagógico o emocional, isto é, a saúde mental dos seus alunos.

6.3.3. Medicalização como Dispositivo Médico-disciplinar

Não é de hoje que a medicalização da infância existe, porém, conforme dados da Carta Capital na matéria A droga da obediência com a pediatra Aparecida Moysés (2011), foi nos últimos anos que a proporção de crianças que fazem uso de medicamento tarja preta aumentou consideravelmente em nosso país, dando ao Brasil o posto número 2 no ranking dos países que mais consomem psicotrópicos como a Ritalina – cloridrato de metilfenidato, perdendo apenas para os Estados Unidos.

O modo como uma sociedade se comporta não é estático e vitalício. A sociedade muda, se transforma, se movimenta; e com isso novos mecanismos de controle são desenvolvidos em busca do “viver bem”, e a medicalização tem sido um dos mecanismos mais utilizados para modificar o comportamento infantil conforme os interesses de quem estão a serviço do poder.

Antoneli (2015) em sua dissertação menciona a diferença existente entre os termos *medicamentação* e *medicalização*. Segundo ela, muitos trabalhos não fazem distinção entre os termos, mas que para ela há diferença significativa e que merecem ser pontuadas. Para ela, *medicamentação* está relacionado a intervenção medicamentosa propriamente dita, ou seja, o uso do medicamento. *Medicalização* é um processo maior em amplitude e também social, que pode ou não haver intervenção medicamentosa, e que transforma muitas vezes em patologia aquilo que não é.

No que se refere a medicalização alguns conceitos são necessários para compreendermos a amplitude que envolve este fenômeno. Collares, profissional da área de educação, Moysés pediatra; ambas estudiosas que lutam contra a patologização e medicalização infantil exagerada que se vive na atualidade. Para elas, o termo *medicalização* refere-se à transformação de questões que em sua essência demonstram ter origem social, política e também econômica em questões médicas. É um saber-médico que se centra no indivíduo de maneira individual, biológica e orgânica, de modo que eliminam deste processo toda a inserção social e histórica do ser (Collares & Moysés, 1994).

Percebe-se que historicamente a ciência médica continua tratando questões de ordem social e questões que vão além do individual, como sendo alguma deficiência biológica ou orgânica do indivíduo, culpabilizando o indivíduo. O saber científico médico segundo

Foucault “é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores (Foucault, 2010b, p.212)”. Tornando deste modo a medicalização um dispositivo de controle de controle de corpos, de vida.

Foucault (2010a) utiliza o termo medicalização da vida¹⁰ dado inicialmente por Ivan Illich em seus escritos, no entanto, ele não acolhe a dicotomia proposta por Illich, e caminha em outra direção, propondo que a medicalização da vida seria o processo em que as instituições do saber e o poder médico atuam como um conjunto de procedimentos que criam uma sociedade da norma. Para Foucault, a medicina dotou-se de um poder autoritário com funções normalizadoras que transpõe a existência das doenças e da demanda do doente, o que implica dizer que tudo que se refere à saúde (questões de moradia, emprego, escola e etc.) do indivíduo seja no campo individual ou coletivo, tem sido hoje objeto de intervenção médica.

A partir destes conceitos a medicalização na contemporaneidade tem atuado como um dispositivo de controle e poder; no qual a sociedade apropria-se dos saberes médicos em seus discursos, ditando regras em todas as esferas sociais, com o objetivo de governar e disciplinar a vida de todos; ao que Foucault chamou de biopoder¹¹, e que, Caldeira de Oliveira (2015) compartilhando do mesmo pensamento de Foucault nos diz: “Percebemos aqui como as relações de poder se estabelecem como prática social, ultrapassando o nível estatal e se estendendo por toda a sociedade” (Caldeira de Oliveira, 2015, p. 69).

É com este poder estendido para toda a sociedade que a medicalização infantil tem se alastrado por nosso país como sendo a fórmula mágica para “adestrar” as crianças. Foucault entende o poder como sendo uma ação que age sobre as ações, e considera sua ação microscópica, microfísica, permanente e penetrante (Foucault, 1979).

Observa-se a partir dos conceitos apresentados que as dificuldades em aprender e o modo de ser e agir da criança transformaram-se em alvo crescente deste dispositivo na busca em igualar para normatizar a vida humana, e o ato de medicalizar tem exercido de maneira eficaz esta função, conforme nos expõe Conselho Federal de Psicologia - CFP (2012), ao trazer que o objetivo tem sido cumprido ao controlar e submeter as crianças e abafando questões internas dos ambientes escolares, inclusive ocultando violências físicas e

¹⁰Terminologia utilizada pela primeira vez por Ivan Illich em seu livro *A expropriação da Saúde* em 1975, em que descreve a crescente inserção dos saberes médicos no campo individual da vida.

¹¹Relações de poder que não se restringem mais apenas no plano do sujeito individual, mas amplia-se para o espaço da população (Foucault, 2010c).

psicológicas cometidas contra essas crianças diagnosticadas portadores de distúrbios comportamentais e de aprendizagem.

Observa-se que a medicalização busca normatizar comportamentos e modos de ser, pelos poderes mágicos vendidos em transformar a criança que não se comporta em uma criança concentrada e eficiente. Machado et al (1978) trazem o termo Medicalização da Sociedade, onde coloca que a cidade é vista como foco central de doenças devido a grande quantidade de pessoas coabitando no mesmo espaço, e que a medicina deve defender o homem de si mesmo; e para que isso ocorra, a medicina cria teorias com objetivos de regulamentar o modo de vida das pessoas.

De maneira crítica, Machado et al (1978) afirmam que a medicina social busca uma escola medicalizada para as crianças, pois estas são o futuro da Nação; desde modo, a medicina tem sido instrumento de prevenção e da ordem do espaço social urbano. E complementa dizendo que a ciência, dentro dela a psiquiatria, é o instrumento de aprimoramento da civilização.

Diante do movimento da medicalização da vida social, podemos ver claramente a ação do dispositivo na vida individual e coletiva das pessoas, gerando nos indivíduos comportamentos e modo de se organizar de acordo com as normas médicas que indica o modo de evitar doenças.

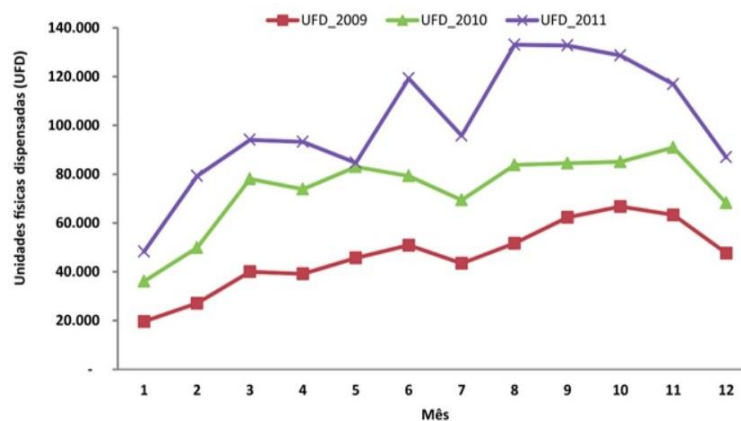
Guarido (2007) afirma que atualmente o DSM-V– Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2013), conta com grande número de patologias, comportamentos que fogem à regra do normal e que são descritos como transtornos/doenças; o que segundo Costa e Silva (*apud* Guarido, 2007) tratam-se de um excesso de diagnósticos psiquiátricos direcionados ao indivíduo e que é quase impossível alguém escapar.

Guarido (2007) menciona que tem ocorrido uma psiquiatrização da sociedade, onde já existem descritos neste Manual de Diagnóstico mais de 500 tipos de patologias referentes ao comportamento e a esfera mental do indivíduo, o que impossibilita qualquer ser humano ser considerado são. Crianças agitadas são descritas com TDAH- Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade; para adultos que tomem mais de determinados copos de café por dia, também já possuem descrição patológica para tal comportamento. Gerando com isso um excesso de diagnósticos psiquiátricos que atendem com louvor aos interesses particulares das indústrias farmacêuticas do mundo.

Com a crescente psiquiatrização do comportamento humano, o dispositivo medicalização entra em cena com aceitação social para atuar nos transtornos deferidos às crianças que fogem às regras e normas, como sendo a estratégia mais eficaz para moldar os comportamentos inaceitáveis; que por sua vez retira da criança a sua responsabilidade em relação ao seu comportamento, culpabilizando o cérebro, o que o torna impotente diante do seu sofrimento, transferindo ao saber-médico o único capaz de socorrer.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2012) divulgou em seu Boletim de Farmacoepidemiologia dados que confirmam o que foi mencionado no início deste capítulo sobre o alarmante crescimento no uso do medicamento metilfenidato por crianças de 6 a 16 anos no Brasil, dando ao nosso País o 2º lugar como consumidores deste psicofármaco. O uso do metilfenidato – conhecido pelos nomes comerciais Ritalina e Concerta– foi avaliado no período de 2009 a 2011 que constatou o consumo em 2000 era de 23Kg, seis anos depois o Brasil já fabricava 226Kg e importava 91Kg. Em 2011 a venda do produto alcançou a marca de 413Kg do produto, conforme Figura abaixo.

Gráfico 01: Consumo mensal de metilfenidato industrializado no Brasil entre 2009 e 2011



Fonte: (ANVISA, 2012).

Os dados mostram um crescimento alarmante quanto ao consumo do metilfenidato no Brasil, o que nos leva a considerar o uso deste medicamento como uma estratégia biopolítica¹². Uma estratégia que diz à população o que se deve fazer e como fazer para adequar-se aquilo que é proposto como normalidade, como norma.

¹²Termo descrito pela primeira vez por Foucault em seu livro “História da Sexualidade I – a vontade de saber”, e que se dirige a multiplicidade dos homens como massa global, afetada por processos próprios à vida (1988).

Esta estratégia tem proporcionado à sociedade a ideia de que através da medicalização encontrará a solução mais rápida para inibir possíveis sofrimentos, gerando resultados positivos ao encaixar-se no padrão de normalidade imposto pela mesma. Conforme o CFP (2012) as indústrias farmacêuticas possuem um *marketing* em torno da utilização do metilfenidato que tem contribuído para o crescimento das vendas. Com a possibilidade de não ter seu filho ser taxado na escola, entre os amigos e familiares como a criança mal-educada, sem limites, e que não aprende; famílias tem se rendido acreditando ser esta a solução para evitar que sua criança sofra.

Um quadro preocupante exposto pelo CFP (2012) em sua chamada para o *Fórum Subsídios para a campanha NÃO à medicalização da vida, medicalização da educação*, tem sido a forte presença de projetos de Lei em trâmite nas três esferas do legislativo: municipal, federal e estadual, que visam inserir no campo da educação e nas Secretarias de Educação a criação de serviços, convênios ou programas capazes de diagnosticar e tratar as doenças ali mesmo dentro do ambiente educacional, principalmente transtornos que envolvem o processo ensino-aprendizagem, como a dislexia, TDAH e outros que possam interferir no andamento do desenvolvimento escolar.

Com a sanção destes projetos de Lei, estaríamos diante de Políticas Públicas de Educação que ao invés de olhar para si e em si localizar novas formas de atuação que assista toda e qualquer criança em sua integralidade, com sua subjetividade e singularidade; olharia para uma Educação voltada para diagnósticos e avaliações das crianças que não permitem (dentro de sua concepção) o processo de aprendizagem de forma tranquila e sadia. Transformando tudo aquilo que escapa às normas em doença de uma forma livre e protegida por Lei.

A partir do exposto nesta sessão, podemos inferir a partir do crescimento do consumo de medicamentos como metilfenidato, que estamos diante de discursos do saber-poder que tem atuado retirando da criança suas possibilidades de subjetividade, transformando problemas sociais, em problemas individuais e biológicos. Contudo, faz-se válida toda e qualquer tentativa de desviar tais riscos de anulação do ser criança e sua singularidade, proporcionando voz a essas crianças, permitindo a elas que sejam quem desejam ser e da forma que são.

6.4. Considerações finais

Este artigo buscou discutir a importância dada pela sociedade contemporânea em patologizar e medicalizar comportamentos como estratégia de controle social. Sabemos, portanto, que ao final de todo percurso literário a respeito de uma temática, sentimentos de incompletude nos invade gerando novas indagações, o que reafirma que esta revisão não contempla a totalidade, e que não se encerra aqui, pelo contrário, nos permite visualizar um campo ilimitado quanto às práxis voltadas à saúde mental na infância.

Deste modo, a partir da revisão de literatura realizada, buscou-se inicialmente compreender sobre os conceitos de normalidade e anormalidade que permeiam a sociedade contemporânea. Observou-se que aferir o que é ou não normal estará sujeito às regras sociais estabelecidas e que, portanto, as crianças na contemporaneidade que agem contrariamente ao estabelecido como aceitável, acabam por serem consideradas como doentes. Para tanto, Foucault (1975) sugere que a mesma sociedade que busca pelo diagnóstico, não quer ser reconhecida no doente, o qual segundo Canguilhem (2009) se torna nocivo, indesejável ou socialmente desvalorizado.

A escola contemporânea tem sido uma das instituições com mais uso das estratégias de controle sobre as crianças, pois esta é o segundo grupo social no qual são inseridas, e ali, comportamentos estabelecidos como regras sociais são cobrados, e quando não são cumpridos, começa-se a postular doenças, transformando problemas de ordem social, política e econômica em problemas individuais, culpabilizando assim as crianças. Aquele espaço pensado como o mais adequado para sociabilização do saber tem, no entanto, contribuído para a produção de problemas que após devido encaminhamento, serão tratados como questões de saúde.

É importante frisar que a partir dos dados informados pela ANVISA (2012), o Brasil ocupa a 2ª posição no ranking mundial de consumo e produção do psicofármaco metilfenidato, e que conforme o gráfico apresentado vê-se claramente quando e em que período do ano esse consumo aumenta ou diminui, o que corrobora com a ideia de que enquanto há dias letivos o consumo aumenta, e quando as férias escolares chegam esse consumo diminui. Tal afirmação caminha em concordância com Moysés (1992) quando afirma que as crianças passam a ser portadoras de doença caprichosas que só se manifestam durante o processo de ensino-aprendizado, porque em outro local conseguem aprender tudo o que a vida lhes propõe.

Assim sendo, discutir sobre a importância dada a patologização e medicalização às crianças é colocar em questionamento as verdades construídas sobre normal e patológico em relação ao modo de ser criança, principalmente dentro do contexto escolar. É questionar as práticas pedagógicas, práticas médicas, práticas psicológicas, duvidando dos discursos por eles produzidos que geram rótulos e excluem a criança.

A Psicologia como área abraçada por nós precisa comprometer-se em romper com o paradigma da patologização, proposta esta que precisa ser diariamente refletida criticamente na articulação e elaboração teórica que visem a autonomia, o protagonismo e a compressão da subjetividade e individualidade que cerca cada criança, impedindo assim as armadilhas dos estigmas adoecedores.

6.5. Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. (2012). *Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário*. Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC, 2(2), 1-14. Recuperado de: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>.

Cohn, C. *Concepções de infância e infâncias: um estado da arte da antropologia da criança no Brasil*. 2013. Recuperado de: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/15478/10826>>.

Caldeira de Oliveira, A. R. (2015). *Entre retalhos cotidianos, práticas discursivas e drogas: perspectiva ecologista de educação*. (Tese de Doutorado). Universidade Sorocaba, Sorocaba.

Canguilhem, G. (2009). *O Normal e o Patológico*. Tradução de Maria Thereza R. de Carvalho Barrocas (6a. ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Chambouleyron, R. (2007). *Jesuítas e as crianças no Brasil Quinhentista*. In: Del Priore, M (Org.). *História das Crianças no Brasil*. (6a. ed.) São Paulo: Contexto.

Conselho Federal De Psicologia - CFP. (2012). *Subsídios para a campanha “Não à medicalização da vida: medicalização da educação”*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Collares, C. A. L. & Moysés, M. A. A. (1994). *A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação*. (pp. 25-31). São Paulo: FDE.

Del Priore, M. (2007). *O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império*. In: Del Priore, M. (Org.). *História das Crianças no Brasil*. (6a. ed.). São Paulo: Contexto.

DSM-V. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5a. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Durkheim, E.(2007). *As Regras do Método Sociológico*. Tradução de Paulo Neves. (3a. ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Luengo, F. C. (2010). *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*.(1a.ed.). São Paulo: Cultura Acadêmica.

Ferreira, A. B. de H. (2010). *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. (5a. ed.) Curitiba: Editora Positivo.

Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Tradução e Organização de Roberto Machado. (1a. ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____. (1987). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes.

_____. (1995). O sujeito e o Poder. In P. Rabinow, & H. L. Dreyfus. *Michel Foucault, Uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____.(2004). "A ética do cuidado de si como prática da liberdade". In: *Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____. (2010a).Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina. *Verve*, São Paulo, (18), 167-194. Recuperado de: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>>.

_____. (2010b).*Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes.

Machado, R.; Loureiro, Â.; Luz, R. & Muricy, K. (1978). *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Moysés, M. A. (1992).*Fracasso Escolar: uma questão médica?*. Série Ideias, 6, 29-31. São Paulo: FDE. Recuperado de: <<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2015/08/FRACASSO-ESCOLAR-UMA-QUESTAO-MEDICA.pdf>>.

Moysés, M. A. (2011).*A Droga da Obediência*. Revista Carta Capital. Recuperado de: <<http://www.cartacapital.com.br/carta-fundamental/a-droga-da-obediencia/>>.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

*Não há fatos eternos, como não
há verdades absolutas.
(Nietzsche)*

Discutiremos nesta seção os resultados alcançados por esta pesquisa e também as informações construídas ao longo do trabalho de campo tendo como aporte teórico as revisões realizadas. Apresentaremos para tanto, três (3) tópicos: a demanda do CAPS i Leste; dos motivos ao tratamento, e; novos encaminhamentos, por quê?; que discutem diretamente com os objetivos específicos e, dialogam com a teoria construcionista de K. Gergen e as práticas discursivas e produção de sentido de M.J. Spink e P. Spink.

Como mencionado em nossa metodologia, as narrativas ficcionais não se referem a uma única pessoa, logo, em uma narrativa constará um emaranhando de histórias colhidas no CAPSi Leste, em minha trajetória profissional e pessoal. Os nomes mencionados neste trabalho foram escolhidos de forma aleatória, sem expressar a veracidade dos nomes das pessoas que contribuíram nesta caminhada.

O campo-tema já era uma realidade na mente desta pesquisadora, mas o caminho percorrido até a imersão completa demorou meses que mais pareceram anos. A temática estava ali sendo trabalhada diariamente, fosse no LABINS – Laboratório de Intervenção Social e Desenvolvimento Comunitário ou no dia a dia enquanto mãe e nas trocas de experiências com profissionais das áreas de educação, saúde ou psicologia. Mas, faltava conhecer a realidade in loco sobre o tema que tanto motivava esta pesquisa, faltava coletar informações documentais e práticas sobre as crianças atendidas no CAPSi Leste. Foi então que após 4 meses de espera pela resposta do CEP- Comitê de Ética em Pesquisa que o medo remodelou-se, naquele momento a euforia tomava conta, finalmente esta pesquisadora ansiosa conheceria o lugar que ampliaria sua investigação e geraria novos questionamentos.

Tantos caminhos percorridos profissionalmente, mas estar em um serviço público em saúde mental para crianças era uma total novidade. Era totalmente desconhecido o que ali encontraria. O que conhecia do serviço público era o que a maioria ouve quando se fala sobre, mas, o novo, o desconhecido não me apavora a ponto de paralisar-me, pelo contrário, me motiva.

Ao chegar ao local, timidamente procurei por pela pessoa indicada pela Diretora do local, pois esta estava de licença, mas prontamente atendeu a minha necessidade de iniciar e indicou Paula¹³ que trabalha como seu braço direito conhecendo bem todo o funcionamento do CAPSi. Paula foi atenciosa e mesmo diante de muitos afazeres sentou-se comigo, ouviu sobre meu projeto e desejos enquanto pesquisadora e prontamente perguntou por onde eu gostaria de começar.

O lugar do meu imaginário agora tinha forma, cor, cheiro e nomes, muitos nomes, e eu gostava de estar ali, de encontrar aquelas muitas crianças no refeitório enquanto faziam um lanchinho antes dos atendimentos; de ouvir aquelas mães, pais e avós que se encontravam e conversavam entre si como era o seu dia a dia com

¹³ Os nomes apresentados nas narrativas são fictícios para preservar as pessoas que abertamente contribuíram para esta pesquisa.

seus filhos, e; de ouvir, ver e observar a prática profissional acontecendo. Afinal, tudo era novo e exalava a temática que tanto me inspirava.

Paula apresentou-se para a equipe presente em meu primeiro dia, conheci Verônica e Laura (psicólogas), Patrícia (educadora física), o querido Valter (estagiário de psicologia) que juntamente com Pedro ajudou-me a localizar os prontuários da listagem fornecida por Paula. Todos me acolheram sem reservas, o que reforçava a necessidade desta investigação.

Certa manhã bati em uma porta e não reconheci a pessoa que estava realizando o acolhimento, então nos apresentamos e conheci Milena (enfermeira), expliquei a ela minha presença no CAPSi e ela com seu jeitinho cativante permitiu que eu entrasse e acompanhasse o acolhimento, e ressaltou que eu podia intervir se tivesse vontade de contribuir. A demanda do CAPSi vinha sendo trabalhada nas análises dos prontuários, mas era preciso ir além e o acolhimento era a porta de entrada, era ali que o primeiro contato era feito e eu precisava conhecer para vincular o discurso do cotidiano com a fala expressa nos documentos. E assim, a demanda tomou forma.

7.1.A demanda do CAPSi Leste

Neste item procuramos mostrar a partir da análise dos documentos a demanda acolhida entre os meses de Julho de 2016 a Julho de 2017 no CAPSi Leste. Em levantamento prévio, foram identificados 298 prontuários de crianças/usuários com idade entre 6 a 10 anos no período mencionado. Cabe, no entanto, a informação de que alguns prontuários não foram localizados durante a busca, ou estes estavam sendo utilizados nos dias da coleta, tornando inviável a análise dos mesmos.

As informações colhidas com base nos 146 prontuários sobre a demanda recebida foram dispostas primeiramente em tabela no Excel e depois inseridas no *Statistical Package for Social Sciences – SPSS*. Entendemos que os números dizem muito mais do que apenas quantificar, a partir deles podemos inferir qualitativamente as questões intrínsecas ao serviço ofertado. Classificamos, portanto, a demanda em categorias: gênero, idade, quantos foram recebidos no período de junho de 2016 a julho de 2017 e de que lugar partiu esta demanda.

Tabela 01: Quanto ao Gênero e Idade

GÊNERO			IDADE		
	Frequência	%		Frequência	%
Masculino	115	78,8	6 e 7	54	37,0
Feminino	31	21,2	8 e 9	62	42,5
Total	146	100	10	30	20,5
			Total	146	100

Fonte: Trabalho de Campo. Organizado pela autora.

Conforme dados apresentados nesta tabela inicial, observamos uma diferença significativa entre o percentual de meninos atendidos com 78,8% enquanto que a procura pelo serviço por parte do gênero feminino foi de 21,2%. Podemos inferir que os meninos com suas características próprias comportamentais são os que ficam em evidência, chamado atenção dos seus cuidadores ou por parte de uma Instituição (ensino, hospitalar...). Este dado quanto ao gênero mais acolhido no CAPSi reforça a classificação de transtornos no DSM-V (2013) e CID-10 (1993), onde a maioria dos transtornos mentais tem incidência no sexo masculino.

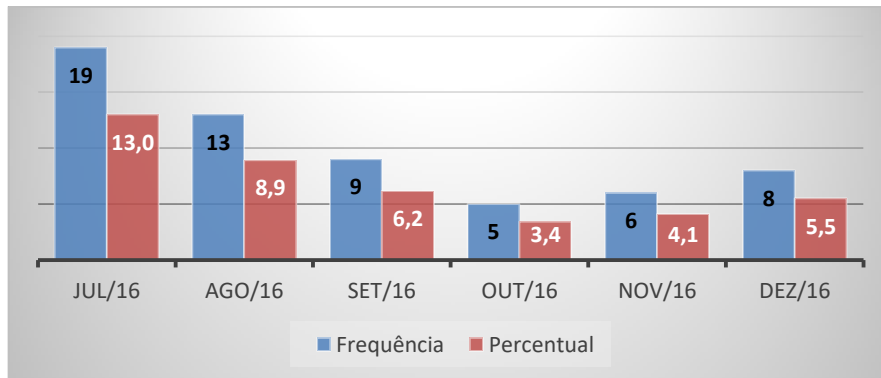
Em uma pesquisa realizada dentro de um ambulatório psiquiátrico Machado (2014) encontrou a prevalência de transtornos mentais em meninos, o que coincide com os dados apresentados em nossa Tabela 01 quanto ao gênero bem como em muitas outras pesquisas com esta temática. Na pesquisa de Machado (2014) ele relaciona a busca pelo atendimento para meninos a partir dos problemas externalizantes apresentados, como a agressividade e hiperatividade; resultado este que se aproxima do nosso ao observarmos mais a diante no gráfico sobre os motivos e diagnósticos recebido no CAPSi Leste.

Com relação as idades (Tabela 01), estas foram escolhidas por se tratarem das idades correspondentes as séries alfabetizadoras, por entendermos que a transição da Educação Infantil para o Ensino Fundamental traz à criança uma nova realidade social, novos desafios e um novo contexto social. A rotina escolar muda; antes o lazer e a diversão eram itens importantes para o desenvolvimento da criança pequena; na educação infantil prioriza-se a criatividade, a criança neste contexto pode ser criança, mesmo que seja apenas no slogan da Escola. No entanto, quando a criança passa para o Ensino Fundamental como em um passe de mágica ela perde a permissão que antes tinha de ser criança; agora, longas atividades são realizadas em sala de aula, o horário do lanche é reduzido e há muitas regras e poucos momentos criativos, mas no slogan continuam garantindo “aprendizado com diversão”.

Apresentar a frequência das idades das crianças acolhidas no Serviço de Saúde Mental torna-se significativo para visualizarmos a expressividade da busca por este serviço ainda na infância. Conforme vimos no Artigo 02 desta dissertação sobre *A trajetória histórica da saúde mental infantil no Brasil e no Amazonas* pouco se falava sobre saúde mental voltada para crianças; quando se falava era no sentido das doenças que afligiam determinadas idades, que hoje são denominadas como doenças típicas da infância, como sarampo, catapora, e outras. Vimos também que durante muito tempo não tinha serviço exclusivo para tratar transtornos infantis, os quais nem mesmo eram mencionados, e quando mencionavam, faziam referência a questões espirituais.

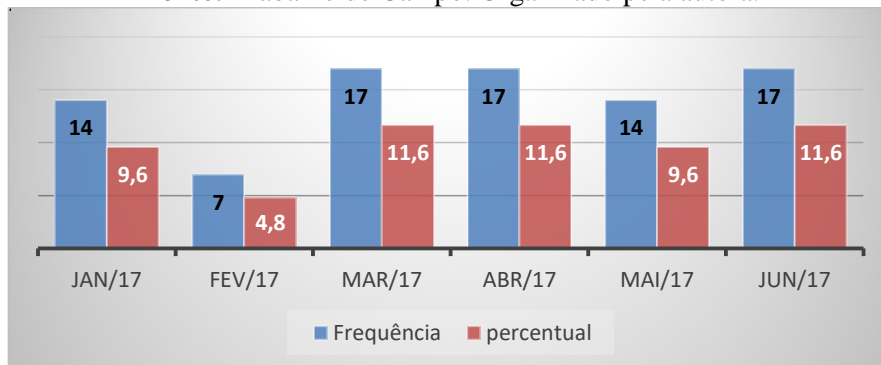
Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e criação dos CAPS¹⁴ – Centro de Atenção Psicossocial na década de 1990, o olhar para a saúde mental também mudou. Observa-se a partir da gráfico 01 que a busca pelo serviço em saúde mental é grande e essa realidade fica mais evidente quando olhamos a frequência dos acolhimentos realizados no período de um (1) ano.

Gráfico 02: Acolhimentos realizados no CAPSi Leste



Período de Jul/16 a Dez/16

Fonte: Trabalho de Campo. Organizado pela autora.



Período de Jan/17 a Jun/17

Fonte: Trabalho de Campo. Organizado pela autora.

Contemplamos a partir destes dados iniciais que a procura pelo serviço em saúde mental tem de certa maneira rompido tabus. Tornou-se mais simples, tornou-se mais aceitável para o indivíduo que busca mesmo diante de possíveis estigmas que irá receber. Mas ao mesmo tempo torna-se preocupante, no sentido de ansiar por uma patologia que justifique algo ou algum comportamento que não está conseguindo lidar enquanto sujeito.

Escolhi estudar os prontuários no refeitório do CAPSi Leste, pois enquanto os analisava, era possível manter-me atenta aos acontecimentos a minha volta, realizando observações simultâneas. Em um desses momentos aproximou-se uma mãe com seu filho para fazer um lanche. Ela escolheu sentar-se próximo da psicóloga Verônica e da enfermeira Milena que aguardavam o término do lanche para iniciar suas atividades. Conforme os profissionais do CAPSi, o lanche é para

¹⁴Tema trabalho no Artigo 02 desta Dissertação.

muitos o café-da-manhã, de modo que é esperado não só pelas crianças, mas pelos responsáveis também.

Vamos chamar esta criança de Heitor. Era o seu primeiro dia no CAPSi, sua mãe Maria o levava para que recebesse tratamento. Maria começou a falar com Verônica e Milena sobre as necessidades de Heitor, sobre seu “problema na cabeça” e enquanto ela falava, Heitor ouvia tudo sentadinho durante seu lanche. O menino aparentava ter entre 8 e 9 anos. Em meio a tantas falas da Maria, eis que ela afirma: “esse menino é doente, ele não pára quieto, tem dado problema na escola, a professora reclama demais dele, só pode ter algum problema na cabeça (neste momento chocalhou a cabeça do Heitor)”.

A Verônica conseguiu em meio ao discurso de Maria explicar sobre o CAPSi, seus objetivos e proposta. Para Verônica e Milena, Heitor não tinha o perfil das crianças que utilizam o serviço do CAPSi. Esta explicação se deu de forma informal, de certa forma para tentar tranquilizar Maria de que Heitor não era doente. Mas não era suficiente, esta mãe estava certa de que seu filho tinha problema na cabeça.

Maria tem uma filha em atendimento, Sofia que é Síndrome de Down com diagnóstico de autismo é usuária do CAPSi Leste e enquanto Maria tentava a todo custo enquadrar Heitor no perfil necessário, eu olhava para ela ali sentado durante todo o tempo tomando seu suco e comendo seu sanduíche e via o quão distante o discurso de sua mãe estava do que eu e as profissionais víamos.

Era uma conversa informal, afinal, estavam no refeitório, no entanto, a mãe continuava a insistir que deviam ver o filho dela. Esta mesma mãe já tinha uma filha em atendimento no CAPSi e insistia dizendo que seu filho tinha algum “problema na cabeça”. Enquanto ela falava, eu olhava para a criança que estava sentado ao lado dela tomando seu suco e comendo seu sanduíche. A cena não combinava com o que estava sendo dito, ao mesmo tempo que ouvia sua mãe dizer que ele não era “normal”.

A narrativa descrita revela a espontaneidade parental em levar sua criança ao CAPSi, reforçando os dados obtidos quanto ao tipo de encaminhamento recebido. Observa-se que a maioria das crianças que ali estão foram levadas por seus pais ou responsáveis por julgarem existir algo de disfuncional com seus filhos, caracterizando a demanda espontânea – DE como maior encaminhamento recebido. É possível que dentro destas idas por conta própria estejam infiltrados motivos que motivou esta procura pelos pais, como por exemplo, reclamações consecutivas da escola, rendimento escolar, parentes ou amigos próximos, como observado na narrativa seguinte:

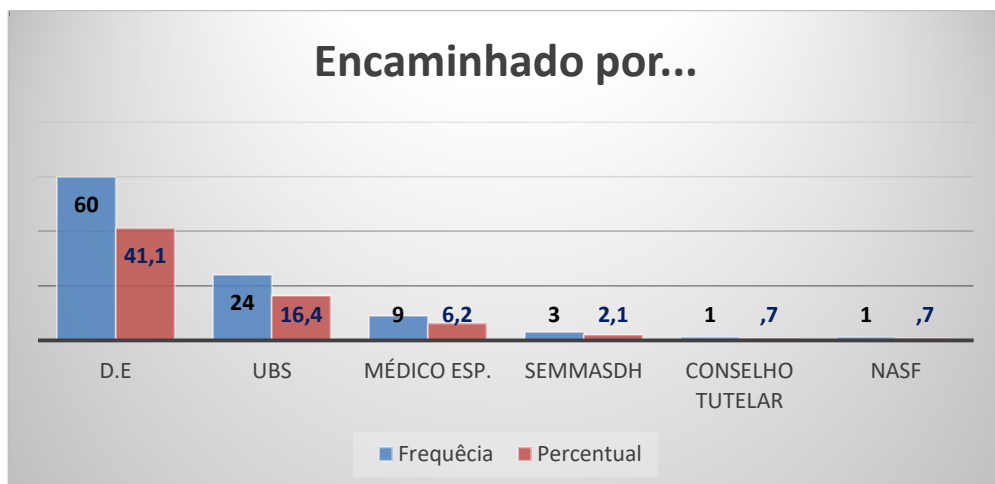
Mateus de 8 anos chegara acompanhado da sua mãe Eloísa ao CAPSi Leste, aparentemente tímido, sentou-se ao lado de sua mãe e em silêncio e jogando no celular acompanhava o que sua mãe dizia para Verônica: “Então doutora, a professora do meu filho tem reclamado que ele não tem realizado as tarefas, que passa a aula toda conversando, que foge de algumas aulas e tem apresentado comportamento agressivo com os colegas, chegando a ir pra diretoria por conta do seu comportamento e que em alguns momentos mesmo estando presente parece estar longe ou mesmo sonolento”. A psicóloga então perguntou quando essa mudança de comportamento começou a acontecer. Eloísa afirmou sem ter muita certeza que começou a notar uma diferença após a sua separação, mas que devido a seu trabalho não tinha muita informação sobre como era o dia do Mateus em casa, pois não conseguia acompanhar e que seu filho mais velho ficava com a responsabilidade de cuidar do irmão mais novo.

Questionada se possuía encaminhamento da escola, Eloísa disse que não deram, mas que devido ao último acontecimento em que Mateus foi parar na diretoria por bater em seu colega por bobagem, achou por bem procurar ajuda antes que piore. Segundo seu filho mais velho, Mateus tem se irritado com frequência em casa, que fica muito tempo no celular jogando jogos online ou vendo vídeos. Sobre o sono de Mateus, a mãe afirma que antes não tinha problema, mas que ultimamente tem acordado durante a noite dizendo que tem pesadelo, pede pra dormir na cama com ela e no final a noite não é tranquila pois demora retomar o sono e com isso acaba por acordar irritado e reclamando de ter que ir pra escola”. Neste momento Mateus levanta a cabeça e fala: “Ela nunca está em casa, não sabe nada sobre mim, mal vejo minha mãe, e quando chega reclama que está cansada e não quer ser perturbada, eu não posso nem falar com ela direito, porque ela quer ver a novela dela em paz”. Dito isso Mateus voltou seus olhos para a tela do celular.

A figura paterna não aparecia no discurso da mãe e nem da criança até que a psicóloga trouxe à cena. Eloísa afirmou que há 6 meses, tempo da separação o pai não vê os filhos e que ela tem acumulado a função de cuidar e educar. Diz que o pai não procura e quando ela procura por ele, ele diz que está muito ocupado, que tem trabalho até aos finais de semana. Segundo a mãe, o Mateus é o que sente mais falta, o mais velho tem seus amigos, e como já tem maior liberdade e independência se vira melhor.

Verônica falou para a mãe qual o trabalho realizado no CAPSi. Diante do discurso da mãe, foi informado que no momento existia uma lista de espera para o atendimento individual com psicóloga e psiquiatria. Em sua visão preliminar Mateus precisava apenas de acompanhamento psicoterápico e que poderia encaminhar para atendimento externo evitando entrar na lista de espera, foi aí que Eloísa falou: “ah não doutora, ele precisa tomar remédio! A professora e diretora falaram que não é normal esses comportamentos e que pela avaliação delas ele está reagindo ao divórcio e que precisa ser analisado por um médico de cabeça. Onde já se viu ficar dormindo em sala de aula ou bater no colega que falou mal do seu pai? Vai ver que ele está com depressão como disse a professora dele, deve existir um remédio que ajude ele a superar isso”. A psicóloga resolveu pegar a lista de espera da psiquiatria e incluiu o nome do pequeno Mateus ali.

Gráfico 03: Encaminhamento recebido



Fonte: Trabalho de Campo. Organizado pela autora.

O que tem motivado pais e responsáveis a procurarem atendimento aos seus filhos? França (2014) afirma que as famílias encontram-se ávidas por homogeneizar os comportamentos que se mostram desviantes daquilo posto como normal, o que possibilita explicar a busca por conta própria do serviço em saúde mental para suas crianças, transformando possíveis sofrimentos e diferenças particulares em diagnósticos. Este anseio pela normatização mistura-se com a legitimação da culpa direcionada à criança pelo problema apresentando, principalmente quando se ouve “mãe seu filho precisará tomar um medicamento para melhorar seu comportamento”, conforme observamos na narrativa a seguir:

Daniel não tem conseguido dormir, rola de um lado para o outro, levanta, chama sua mãe, a noite parece durar mais para ele do que para os que dormem no quarto ao lado. Ao acordar cedo para ir para a escola sente-se cansado, reclama ter que sair da cama para tomar banho e ir para a escola. Tratava-se neste momento sua primeira luta do dia, grita com sua mãe, faz birra, incomoda os vizinhos, e grita com quem aparecer para tentar acalmá-lo. Com muito custo, sua mãe que já está sem paciência consegue que ele tome banho, mas ele permanece irritado e assim ele vai para a escola. Daniel é o filho mais novo de Camila que tem ainda Pedro de 13 e Amanda de 17. Daniel não foi planejado, foi gerado em meio a uma tentativa frustrada de reconciliação conjugal, que após seu segundo aniversário viu seu pai saindo de casa. O pai pouco participa da vida dos filhos, geralmente os leva para tomar um sorvete aos finais de semana, mas por estar desempregado não tem conseguido ajudar financeiramente.

Já na escola Daniel de 6 anos não consegue manter-se concentrado, e por muitas vezes acaba dormindo durante as aulas, o que incomoda sua professora que o acha desobediente e atrevido. Sua rotina na escola é massacrante, não consegue realizar as tarefas com a mesma habilidade dos seus colegas, se irrita porque a professora não dá atenção para ele como dá para os outros, e para chamar atenção ele usa as conversas paralelas para não dormir, ao mesmo tempo que sai do seu lugar constantemente dizendo que precisa ir ao banheiro, ou para apontar seu lápis. Sua mãe já perdeu as contas de quantas vezes foi chamada pela professora para conversar ou quantos recadinhos já lhe foi enviado na agenda. Na escola, Daniel é conhecido como o “soneca” ou “pipoca”, sua relação com seus colegas não é das melhores, sente que eles o ignoram e muitas vezes fica brincando sozinho de correr pelo pátio, dentro da sala de aula ele tem mais contato com seus colegas do que no intervalo.

Camila decide levar seu filho ao CAIC- Centro de Atenção Integrada à Criança na tentativa de conseguir ajuda para ele. Em conversa com a psicóloga relata as reclamações oriundas dos comportamentos apresentados na escola e da dificuldade de sono que tem apresentado em casa e da agressividade que demonstra com ela e com seus irmãos. De pronto, a psicóloga encaminha Daniel para o CAPSi Leste, para avaliação com psiquiatra. E é desta maneira que ele chega para acolhimento em agosto de 2016. Sua mãe reafirma tudo o que foi dito no CAIC agora para a enfermeira Milena que a encaminhou para a psiquiatra. A psiquiatra Carla lê todas as informações colhidas no acolhimento e realiza outras poucas perguntas sobre a dificuldade no sono e as dificuldades na escola. Mediante as informações dada pela mãe, sem nenhuma informação saída da boca do pequeno Daniel, o diagnóstico está dado; F90. Agora tudo está explicado,

Daniel tem Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; Camila respira aliviada por que afinal a culpa não é dela, ele que nasceu com essa doença. Daniel aos 6 anos começa a tomar ritalina para diminuir sua hiperatividade e ajudar na concentração na escola; e, para melhorar seu sono passa a tomar fluoxetina, e de mês em mês Daniel retorna com Camila para pegar novas receitas. Completando 2 anos em atendimento no CAPSi, sua mãe afirma com paz no coração que os remédios ajudaram seu filho e que não pode nem pensar como seria sem eles, tanto que não perde uma consulta de renovação das receitas, mas lamenta que não consegue o mesmo feito quando ele precisa ir com a psicóloga, pois sempre acontece algo no dia e ele acaba faltando, mas “ele está bem, nunca mais a professora reclamou dele ou ficou sem dormir”.

7.2.Dos motivos para o tratamento

Com o exposto na tabela 04 vemos que a Demanda Espontânea aparece com maior destaque, e para responder a pergunta que movimentou grande parte desta pesquisa, fomos em busca de conhecer os motivos apresentados por seus pais/responsáveis durante o acolhimento.

Certa manhã, em um dos acolhimentos matutinos, conheci Sara; uma menina linda de 8 anos que chegava acompanhada da sua mãe em busca de atendimento. Milena, enfermeira do CAPSi Leste estava de plantão naquela manhã. Como em todo acolhimento, Milena iniciou falando um pouco do CAPSi, sua função, seus serviços e perguntou o que trazia Sara ali, enquanto falava, notei que ela observava bastante nas expressões da Silvia (mãe de Sara), e após perguntar o que esperavam do CAPSi, Milena percebeu que Silvia não estava confortável em falar na frente da Sara. Então antes mesmo que iniciasse, a enfermeira perguntou a Sara se ela não estaria com fome ou mesmo se não gostaria de dar uma volta para conhecer o CAPSi enquanto conversava com sua mãe. Sara aceitou e uma estagiária a conduziu para mostrar o espaço e oferecer um lanche.

Silvia sentiu-se mais confortável e iniciou falando que a filha estava diferente, que após um acontecimento em família ela estava mais triste, chorava muito, tinha perdido a vontade de brincar ou mesmo de praticar seu esporte preferido Jiu-Jitsu. Revelou que sua família estava reunida em uma festa, todos estavam felizes, Sara brincando bastante e alegre por ver a família reunida. Em determinado momento da festa, Sara foi ao banheiro e foi neste momento que seu tio-avô foi atrás, longe dos olhos da família, pois o banheiro ficava nos fundos do local onde a festa acontecia, pegou Sara pelo braço e começou a falar no seu ouvido palavras obscenas, dizendo que ela era muito gostosinha, que adoraria beijar sua boca e assim o fez, a agarrou para tentar beijá-la na boca e empurrá-la para o banheiro. Sara conseguiu se desvencilhar e saiu correndo, sentou novamente à mesa com sua mãe, no entanto, ela só chorava, estava nervosa, não conseguia parar de chorar e sua mãe perguntou o que tinha acontecido. Ela contou tudo para sua mãe, e a festa tomou outra proporção, a família antes feliz por estar reunida começou a discutir e laços foram rompidos; a partir dali esse tio-avô não frequentava mais sua casa e nem aqueles que não acreditaram.

Depois desta noite, Sara mudou, não tinha mais aquela alegria contagiante, segundo a mãe, ela chorava muito, se sentia culpada pela família ter rompido, começou a se isolar, e isso ficou evidente com a queda em seu aproveitamento escolar. Matemática sua disciplina preferida não era mais interessante e fazia do choro sua companhia, bem como os escritos em seu caderno. E foi a partir de um desses escritos que o alerta foi ligado para seus pais; Sara

escrevera que “a morte é a melhor solução”. Preocupados com o que ela escreveu, os pais decidiram procurar ajuda e assim chegaram até o CAPSi.

Sara retornou do seu passeio e lanche com a estagiária, e lhe foi perguntado se sabia o por que dela estar ali, ela respondeu balançando a cabeça de forma positiva; perguntado se gostaria de falar sobre, ela respondeu negativamente com a cabeça. De forma a evitar trazer à tona aquele sofrimento vivo em sua memória a enfermeira mudou de assunto e perguntou o que ela gostava de fazer para se divertir, e assim ela sorriu como resposta. Sara foi encaminhada para avaliação psiquiátrica e para psicólogo externo devido a lista de espera.

Sobre o acolhimento, Brasil (2014) determinou que este momento deva ser norteado pela noção de acolhimento universal, que implica em uma prática de portas abertas a todas as crianças e adolescentes que chegam até o CAPSi, portanto, “imprescindível que se garanta o acolhimento da demanda [que deve ser recebida, ouvida e respondida] (BRASIL, 2014, p. 24)”. Não significa, no entanto, dizer que todas as crianças serão atendidas somente por escolherem o CAPSi, porém, é no acolhimento que serão identificadas as necessidades de cada situação e a partir de então será proposto uma intervenção inicial.

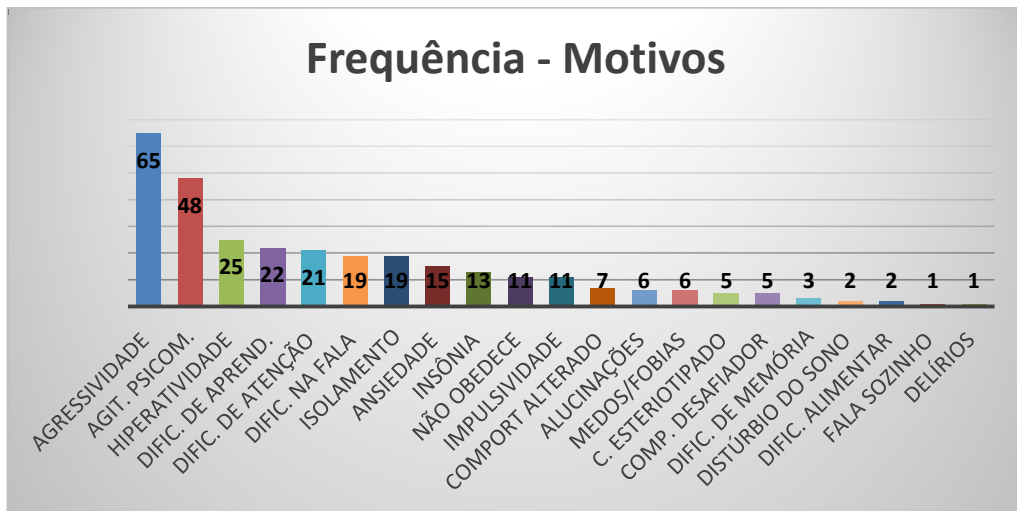
Partindo desta premissa, o acolhimento torna-se parte fundamental no processo de entrada da criança/usuária no CAPSi. É neste primeiro contato que será estabelecido o vínculo inicial com a Instituição e para que isso ocorra da melhor maneira para a criança e família, eles precisarão sentir-se seguros. Brasil (2009) sustenta esta afirmação ao mencionar que;

O acolhimento é também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/ profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão.(p.17).

No decorrer da observação realizada, percebeu-se que durante o acolhimento é possível que ocorra situações em que se fará necessário solicitar a saída da criança para que a fala sobre os motivos que a levaram até o CAPSi não traga à tona emoções ou lembranças que possam prejudicar a relação profissional – criança/usuária. Entretanto, em outros momentos a criança torna-se peça fundamental na coleta das informações iniciais, pois mesmo sendo a mãe, pai ou outro responsável que esteja falando, as ações/comportamentos da criança naquele momento também expressarão significados durante o acolhimento. Afinal, a criança também precisa falar, é preciso ouvi-la: “*minha mãe não para em casa, ela nunca tem tempo pra mim, só quer trabalhar e vive dizendo que está cansada*” disse Mateus de 8 anos no acolhimento, conforme narrativa mencionada anteriormente.

Constatamos que apesar da fala da criança no momento do acolhimento, ela ainda tem pouca força nesse “cabo-de-guerra” e no final, os motivos relatados pelos seus responsáveis falarão mais alto e terão maior peso no direcionamento do seu tratamento no CAPSi, conforme nos mostra a tabela abaixo:

Gráfico 04: Motivos dos encaminhamentos



Fonte: Trabalho de Campo. Organizado pela autora.

Conforme dados apresentados nos motivos observamos pela frequência destes que a agressividade, agitação psicomotora, hiperatividade e dificuldade de atenção possuem maior escore, o que nos possibilita inferir que a maneira como a criança se comporta e se relaciona está intimamente ligado a entrada dela no serviço de saúde mental. A agressividade relatada pelos responsáveis e descrita nos prontuários vai desde briga entre irmãos a automutilação. Assim como a agitação psicomotora e hiperatividade estão presentes nas falas “ele não para quieto um minuto” ou “a professora reclama que ele não presta atenção na aula”. Não estamos aqui dizendo que tais motivos não tenham ligação com uma patologia, no entanto, visualizamos uma prática que tem se fortalecido ao ver a doença a partir de comportamentos isolados.

José tem 10 anos, e por achar que a vida dele está chata demais resolveu passar o dia todo andando pela cidade. Quais seriam as angústias desta criança? A mãe mostrando-se muito preocupada com o filho, a pedido da escola que notou que ele estava agressivo com os colegas chega até o CAPSi. “Ele fugiu de casa, saiu às 07:00hs da manhã e retornou às 22:00hs. Retornou como se nada de tivesse acontecido. Contou que foi até a Ponta Negra que ficou deitado na grama e pensando na vida” relatou a mãe. Na fala da criança, está mãe que mostra-se tão preocupada só pensa em estudar e trabalhar, que não lhe dá atenção. Enquanto a criança falava a mãe chorava e prometia que isto mudaria.

Em concordância com M.J. Spink (2010) acreditamos que o sentido atribuído aos comportamentos contemporâneos das crianças não foram produzidos individualmente, pelo contrário; "situamos o sentido como uma construção social, e enfatizamos que tal construção se dá num contexto, numa matriz que atravessa questões históricas e culturais e que é essa construção que permite lidar com situações e fenômenos do mundo social. (SPINK, M, J. 2010, p. 35). A infância contemporânea tem sido vista sob controle, conforme afirma França (2014), isso tem acontecido no momento em que estes argumentos (as queixas apresentadas) fundamentam-se em ações que buscam a normatizar comportamentos.

Comportamentos falam do visível, mas também dizem muito do invisível, daquilo que não é dito pelos responsáveis, daquilo que a família quer preservar e manter em segredo. Entretanto, é a partir dos comportamentos visíveis que o direcionamento é dado por parte do profissional que realizou o acolhimento para o tipo de tratamento que será oferecido à criança.

Com base nos motivos/queixas relatados durante o acolhimento, a criança é encaminhada para atendimento no próprio CAPSi ou encaminhada para outro serviço que melhor se ajuste as necessidades apresentadas ou por não ter naquele momento capacidade de atender de forma imediata devido a espera que se cria a partir dos muitos casos atendidos. Dito isto, Brasil (2014) propõe “a construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens aos cuidados nesta área (p.25)”, contrário do que visualizamos no gráfico 06.

Gráfico 05: Tratamento ofertado



Fonte: Trabalho de Campo. Organizado pela autora.

Constatamos a partir do gráfico 06 que a psiquiatria é o carro-chefe dos serviços oferecidos no CAPSi Leste, no entanto, estamos falando de um serviço em saúde mental, serviço este voltado para crianças e adolescentes com transtornos graves e persistentes conforme Brasil (2014), portanto, não teria como visualizarmos um resultado diferente. Entretanto, o que buscamos trazer para reflexão é o atendimento dualista que ocorre na maioria dos prontuários estudados. Apenas em 34 prontuários registrou-se um acompanhamento multiprofissional com a presença do psiquiatra e toda a equipe do CAPSi.

Kramers (2013) afirma que o diagnóstico psiquiátrico busca responder àquilo que não é aceito como ideal tanto parental quanto social e que a indicação para ações terapêuticas sustentam a promessa de reconduzir a criança à normalidade ou, que estas ações possam aliviar o mal-estar produzido pela criança ao andamento social. Portanto, o psiquiatra a partir do seu discurso médico, é convocado a identificar e responder aos comportamentos que coloquem em risco a ordem social, como nos mostra a tabela abaixo:

Tabela 02: Diagnósticos prevalentes no CAPSi Leste no período de Junho/16 a Julho/17

Diagnóstico (de acordo com o CID-10)¹⁵	Descrição	Frequência	M	F	%
F20 - F29	Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes	1	1	0	0,68
F30 - F39	Transtorno de Humor	2	2	0	1,37
F40 - F49	Transtornos Neuróticos, Transtornos relacionados com estresse e Transtornos Somatoformes	7	4	3	4,79
F60 -F69	Transtornos da Personalidade e do Comportamento do adulto	1	1	0	0,68
F70 -F79	Retardo Mental	13	7	6	8,90
F80 - F89	Transtorno do Desenvolvimento Psicológico	23	19	4	15,75
F90 - F99	Transtornos do Comportamento e Transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e adolescência	68	54	14	46,58

¹⁵Referimo-nos ao CID-10 por ser este o documento utilizado pelas Políticas de Saúde Mental no Brasil.

R 48	Dislexia	0	0	0	0
Associação entre 2 diagnósticos		9	9	0	6,16
Outros		2	2	0	1,37
Não Consta		20	16	4	13,70
Total		146	115	31	100

Fonte: Trabalho de Campo. Organizado pela autora.

O que seriam estes diagnósticos? A que se referem? Em nossa Política de Saúde Mental brasileira, utilizamos o termo Transtorno Mental, e mais especificamente os transtornos mentais severos e persistentes que são foco de atendimento no Centros de Atenção Psicossociais –CAPS. A Organização Mundial da Saúde – OMS (2005) em sua publicação “Livro de Recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: Cuidar, sim – Excluir, não” em que auxilia os países na construção de suas legislações sobre saúde mental, expõe a complexidade que envolve o conceito de Transtorno Mental, isto porque para a OMS (2005) cada caso precisa ser visto como único e quando se trata de crianças e adolescentes este cenário se torna mais nebuloso e carente de estudos. Para a OMS (2005) a definição de transtorno mental depende necessariamente do contexto social, cultural, econômico e legal que norteia cada sociedade. Afirma ainda que “definir transtorno mental é difícil porque não se trata de uma condição unitária, mas de um grupo de transtornos com alguns pontos em comum (OMS, 2005, p. 27)”.

No Artigo 03 desta dissertação trazemos o conceito de normal e patológico; onde normal é uma norma, regra, algo rígido, e patológico segundo Antoneli (2015) é o desvio do ângulo, ou seja, aquilo que burla que rompe e não segue as regras. Para OMS (2001) um comportamento simples que seja apresentado de forma pontual e em um curto período de tempo não necessariamente implica a presença de uma patologia. Faz-se necessário que as anormalidades pontuadas sejam continuadas ou mesmo recorrentes e que tragam em sua apresentação uma “deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida (OMS, 2001, p. 53)”.

Observamos a partir dos resultados expostos na tabela 02 que comportamentos persistentes apontaram para diagnósticos específicos. Vemos com expressividade a frequência de transtornos ligados ao comportamento infantil, tais como TDAH, Transtorno de Conduta, e Transtorno de Ansiedade, a estes com um total de 68 crianças, sendo 54 meninos e 14 meninas. Os Transtornos do Desenvolvimento Psicológico aparecem logo abaixo com 23

crianças diagnosticadas com autismo, sendo 19 meninos e 4 meninas. Classificados com Retardo Mental foram 13 crianças, sendo 7 meninos e 6 meninas.

Sobre a associação entre meninos e os transtornos de comportamento Thiengo; Cavalcante & Lovisi (2014) ressaltam que provavelmente esta diferença encontrada entre meninos e meninas está no fato de que as meninas não exibem menos sintomas de agressividade e impulsividade. Ao olharmos para nosso gráfico sobre motivos/queixas, vemos a expressividade com que a agressividade foi mencionada pelos responsáveis que levaram suas crianças até o CAPSi Leste, aproximando da quantidade de meninos diagnosticados com transtornos relacionados ao comportamento.

Uma das muitas perguntas que originaram a partir desta pesquisa é se estes transtornos evidenciados nos documentos referem-se a patologias reais, isto porque assistimos a um crescente número de crianças diagnósticas e medicadas em muitas sociedades, sejam brasileiras ou outras nações. A OMS (2001) afirma que nem todos os comportamentos fora do padrão exigido referem-se a um transtorno mental, é preciso lembrar que “variações normais, determinadas pela cultura, não devem ser rotuladas como perturbação, como é o caso das crenças sociais, religiosas ou políticas (OMS, 2001, p. 53)”, com base nesta afirmação trazemos para discussão a medicalização.

Tabela 03 – Sobre o uso de medicamentos

SOBRE USO DE MEDICAMENTOS		
	Frequência	%
Medicamentos utilizados	50	34,25
Sem informações	45	30,82
Não retornou após acolhimento	24	16,43
Não ficaram no CAPSi Leste	27	18,49
Total	146	100

Fonte: Trabalho de Campo. Organizado pela autora.

A Tabela 03 aponta para informações referentes ao uso de medicamentos, no entanto, precisamos entender como esta prática se relaciona com os 146 prontuários analisados. Ao olharmos a frequência de crianças medicadas, podemos apressadamente inferir que seria um percentual pequeno frente ao total de crianças, por esta razão, a tabela foi montada de modo a explicar por que dentro de um universo de 146 crianças, temos 50 medicadas.

Precisamos compreender que dos 146 prontuários, 27 deles não ficaram no CAPSi Leste, por necessitarem de tratamento para além do oferecido pelo CAPSi Leste, como por exemplo Deficiência Mental; grande parte destes 27 prontuários, referiam-se a crianças com deficiências mentais. Outro número significativo foram os prontuários das crianças que não retornaram após o acolhimento; esse ‘não retorno’ possivelmente estaria relacionado a espera pela avaliação com o psiquiatra. Todos estes 24 prontuários estavam para avaliação psiquiátrica como ponto de partida para sua entrada no CAPSi. Sobre os 45 prontuários ‘sem informações’, não é possível inferir que estas crianças não faziam uso de psicofármaco, visto que em sua maioria havia CID descrito em seu prontuário; é mais provável que o não registro do uso de medicamento tenha acontecido, visto que muitos estavam em acompanhamento com psiquiatra. Na tabela 04 abaixo destrinchamos quais são os medicamentos mais utilizados nos tratamentos, a partir dos diagnósticos já mencionados na tabela 01.

Tabela 04– Medicamentos Utilizados nos tratamentos

Medicamentos Utilizados	
	Frequência
Risperidona	16
Risperidona/Fluoxetina	10
Risperidona/Ritalina	6
Fluoxetina	4
Ritalina	3
Carbamazepina	4
Imipromina	3
Clomazopina	2
Imipromina/Ritalina	1
Risperidona/Ácido Valproílico	1
Total	50

Fonte: Trabalho de Campo. Organizado pela autora.

Não é nossa intenção afirmar que não seja necessário o uso de medicamentos no tratamento das crianças com transtornos mentais. Pelo contrário, estamos cientes que existem casos que os psicofármacos são necessários para que a criança consiga ter qualidade de vida, como afirma Guarido:

Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos tanto na vida de alguns como na possibilidade de transformação do sistema de cuidados e tratamento da loucura no século XX, mas de evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza os sofrimentos e culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si (GUARIDO, 2007, p. 159).

Observamos a partir dos dados sobre os medicamentos utilizados (Tabela 04) que apesar de 68 prontuários informarem CID F90-F99 (Tabela 02), o medicamento que vem sendo adotado em maior frequência não é o metilfenidato (Ritalina ou Concerta) e sim, o Risperidona, que ao somarmos, temos um total de 33 crianças em uso deste medicamento, enquanto que fazendo uso da Ritalina têm-se 10 crianças. Importante ressaltar que a Risperidona é utilizada no tratamento de esquizofrenia, sendo uma droga antipsicótica e com recomendação de uso em crianças acima de 13 anos¹⁶, sendo que este estudo refere-se a crianças com idade entre 6 a 10 anos. Estaríamos vivendo uma substituição da Ritalina pela Risperidona? Pesquisas atuais mostram esta prática acontecendo em muitos serviços de saúde mental em nosso País.

Silva (2014) sinaliza esta prática em sua pesquisa, onde um profissional informa que a partir da troca do médico foi realizada a substituição do Metilfenidato pela Risperidona. Um profissional chega a afirmar que teve um sucesso de 100% de retorno positivo com as crianças com Transtorno de Conduta ao trocar a Ritalina por Risperidona. O profissional entrevistado por Silva (2014) seguiu justificando o motivo da substituição dizendo que a atenção é um dos requisitos básicos para a inteligência e que as crianças de hoje em dia estão sem limites, e que a Risperidona é ótima para colocar limites. Foucault define essa ação como um sendo um procedimento para conhecer, dominar e utilizar para seu propósito: “Um corpo disciplinado é a base de um gesto eficiente (Foucault, 1987, p. 178)”.

Segundo Guarido (2007) a medicalização das crianças contemporâneas pode ser compreendida como uma súplica ao silenciamento dos conflitos vividos pela criança, de modo a negá-los como inerentes à subjetividade humana. Foucault sustenta que trata-se de “pequenas astúcias dotadas de um grande poder de difusão, arranjos sutis, de aparência inocente, mas profundamente suspeitos, dispositivos que obedecem a economias inconfessáveis (1987, p. 165)”.

Os motivos/queixas vistos no gráfico 05: agressividade, agitação psicomotora, hiperatividade, dificuldade de atenção levaram estas crianças a receberem diagnósticos a partir da classificação CID-10, Beltrame (2010) em sua pesquisa revela que o CAPSi não está isento deste prática, pelo contrário, participa ativamente reforçando a ideia de que tais motivos agem isoladamente, desconsiderando o contexto familiar e social da criança, sendo

¹⁶Conforme descrito em:

http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=12876232016&pIdAnexo=3121382.

este processo “avalizado pelos profissionais da saúde que aceitam sem críticas (BELTRAME, 2010, p. 102)”. Corroboram com esta afirmação as autoras Vinocur & Pereira (2011) ao mencionarem em sua pesquisa que os profissionais costumam desconsiderar as perspectivas culturais e outros aspectos do desenvolvimento da criança durante o acolhimento.

7.3. Novos encaminhamentos, por quê?

A OMS (2005) afirma que o ato de medicar em si mesmo não é suficiente para o tratamento da maioria dos transtornos mentais, sendo assim, para além da medicação é importante que a criança receba outros tipos de intervenções, tais como aconselhamento, psicoterapias e até mesmo reabilitação vocacional para melhora em sua saúde mental. Sobre esta recomendação observamos que estamos um pouco distante desta realidade em nosso CAPSi Leste, visto que alguns entraves são apontados pelos próprios servidores para a execução destas intervenções psicossociais. Como podemos visualizar na narrativa a seguir:

Conheci o CAPSi no início desta Pós-graduação a convite da minha professora orientadora; não havia ainda planos para que este fosse o lugar onde seria feita a imersão completa na temática que nutria explorar. Mas, por conhecer melhor os lugares em que a temática era vivida, ela foi apresentou-me opções para que o lugar certo me escolhesse. E assim aconteceu. Ao entrarmos em uma pós-graduação trazemos conosco uma ideia, um prospecto do objeto que desejamos discutir, mas é tudo ainda muito solto. Eu sempre tive claro sobre o que gostaria de pesquisar, mas como fazer? Ah, o percurso foi cheio de curvas, retornos, avanços, e paradas. O CAPSi fez acender aquela luzinha de eureka! Um ano antes eu estava como ouvinte, e no ano seguinte como pesquisadora, e o que mudou no cotidiano das pessoas que trabalham ali? Será que a dinâmica sofreu alteração? Essas perguntas foram comigo para meus dias de pesquisa.

O dia em um CAPSi nunca é igual ao outro, há dia agitado, assim como há o dia calmo; há dia com superlotação em um turno, assim como há dia em que o absenteísmo é grande; há dia em que é possível repetir o lanche, no entanto, há dia em que o acompanhante deixa de lanchar. Não ter uma rotina fixa geralmente é algo que anima dentro de um ambiente de trabalho, ter dias diferentes motiva. No entanto, dentro de um serviço público alguns entraves decorrentes da não existência de uma rotina fixa tornam o serviço maçante e em muitos momentos desgastante. Temos em nossa cidade um único CAPSi e esta realidade transforma o cotidiano de todos que trabalham ou são atendidos: “vou precisar encaminhar você para atendimento psicoterápico externo devido a longa fila de espera”. Crianças que chegam com uma demanda de ideação suicida ou depressão sendo encaminhados por não conseguirem atendimento local. “Há momentos que nossa prática fica comprometida e é como se estivéssemos enxugando gelo perante a sociedade. Ter um único CAPSi em nossa cidade torna nosso serviço deficiente. É triste receber uma criança em sofrimento psíquico e propor a ela atendimento para 1 mês ou 2 com o psiquiatra”.

Percebemos que um dos grandes gargalos tem sido a limitação para atendimento das crianças no CAPSi Leste, as enormes listas de espera tanto para o profissional em psiquiatria,

quanto para o profissional em psicologia tem gerado desconforto nos profissionais. Recebemos para acolhimento certa manhã uma adolescente que já havia tentado suicídio mais de uma vez, que os remédios não estavam “funcionando” (ela mostrou uma bolsa com vários remédios tarja preta), que estava tendo surtos de agressividade na escola. A mãe encontrava-se em desespero, era nítido que não estavam conseguindo lidar com a situação. A adolescente muito agitada e clamando por um remédio que fizesse ela se acalmar.

Após narrativa da mãe e da adolescente, a psicóloga se viu numa situação embaraçosa. Ela estava diante de uma adolescente que precisava falar com a psiquiatra com certa urgência, no entanto, não se sentia à vontade para ir até a sala da mesma para que recebesse aquela adolescente ainda no mesmo dia, pois havia uma lista, e era necessário seguir o protocolo. A psicóloga então tenta de forma humanizada dar a essa mãe e a essa adolescente o conforto, e sinaliza que foi criado um grupo de adolescentes para falar sobre vários assuntos e que seria legal ela participar. Dito isto, esta adolescente foi incluída na lista de espera para o psiquiatra e encaminhada para psicólogo externo e para o grupo interno que aconteceria no CAPSi Leste.

A Tabela 03 revela que 24 crianças não retornaram após o acolhimento, podemos inferir que algumas podem ter esquecido o dia do retorno devido ao longo período de espera para atendimento. E a Tabela 05 mostra que de 116 prontuários analisados, apenas 65 crianças estão 100% no CAPSi Leste, o que denota que muitos precisam ir ao CAPSi para atendimento psiquiátrico e demais atendimentos estão sendo realizados ou espera-se que seja realizado pela rede em saúde mental em Manaus.

“Enxugar gelo”, frase recorrente dentro do serviço em saúde mental infantojuvenil. Manaus é uma cidade mais de 2 milhões de habitantes, e conforme último Censo¹⁷ realizado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a população infantil com idade entre 5 a 9 anos consta com mais de 165 mil crianças. Como acolher de forma satisfatória a este grupo de crianças com apenas um CAPSi em Manaus? É notório por meio das muitas falas dos profissionais o desconforto com esta realidade, impossibilitando uma prática adequada às crianças e adolescentes que necessitam do serviço, realidade visualizada nas tabelas abaixo:

¹⁷Realizado em 2010, conforme descrição: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>

Tabela 05: Permanência no CAPSi e novos encaminhamentos

Permanência no CAPSi Leste			Novos Encaminhamentos		
	Frequência	%		Frequência	%
Permaneceram no CAPSi Leste	116	79,5	Ficaram e receberam encaminhamento	31	26,7
Não permaneceram	27	18,5	Encaminhamento para Psicologia Externa	20	17,2
Sem informações	3	2,1	Atendimento 100% no CAPSi Leste	65	56,0
Total	146	100	Total	116	100,0

Fonte: Trabalho de Campo. Organizado pela autora.

Os dados nos direcionam para uma reflexão necessária quanto aos motivos que levam ao encaminhamento de crianças para serviços que deveriam ser prestados pelo CAPSi, mas que por motivos de insuficiência local, não é possível. Em conversas informais, muito foi dito sobre o espaço não ter salas suficientes para realização de atendimentos individuais, não ter recursos (materiais) necessários para realização de oficinas, dificuldades para realização de atividade física no quarteirão do CAPSi devido a insegurança que ronda o bairro, dentre outras. O local por mais amplo que aparente aos olhos nus, está longe de ser suficiente para a demanda recebida.

Dos 146 prontuários analisados, 116 permaneceram no CAPSi para tratamento, sendo que destes, 31 receberam novos encaminhamentos, para atendimentos/oficinas que poderiam ser oferecidos ali, num imaginário ideal. Foram encaminhamentos para Vila Olímpica, para fonoaudiólogo, para neurologista, sem esquecer das 20 crianças que permaneceram no CAPSi em tratamento com Psiquiatra, mas que precisaram de um novo encaminhamento para realização de psicoterapia com Psicólogo Externo.

Mas o que seria o ideal? O ideal como mencionado anteriormente deveria ser mediante uma construção permanente de uma rede, tanto uma rede que envolva a criança em tratamento, conforme Brasil (2014) como também uma rede multiprofissional que atue diretamente com a criança em tratamento. Entretanto, pelas falas dos profissionais do CAPSi Leste, o que se tem atualmente são duas equipes (médicos e demais profissionais: psicólogo, enfermeiro, educador físico, fonoaudiólogo e etc.) que trabalham cada uma no seu espaço. Brasil (2004) salienta como o atendimento no CAPSi deve acontecer:

As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, para formar uma equipe mínima de trabalho. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe (BRASIL, 2004, p. 23).

Beltrame (2010) convoca aos profissionais que atuam em Saúde Mental em um CAPSi para ir além das práticas individualistas que esta sociedade privilegia para a aplicabilidade de uma política sustentada no trabalho coletivo. As dificuldades foram pontuadas e elas de fato existem e devem, portanto, ser confrontadas por aqueles que optaram estar ali ou não, mas que atuam diretamente com saúde pública e saúde mental.

Realizamos a partir dos dados coletados as correlações encontradas com o apoio do Software SPSS conforme mencionado em nossos métodos e técnicas. Estas correlações nos mostram se entre duas variáveis existe relação entre si. Optou-se por marcar em azul as correlações positivas e em vermelho as negativas, conforme observamos no gráfico abaixo e que foram assinaladas como significativas.

Correlações Encontradas									
		Hipótese Diagnóstica	Medicamento	Tratamento Ofertado	Ficou no capsí?	Encaminhado por	Novo encaminhamento	Idade	Data de entrada
Medicamento	Pearson Correlation	-,008	1	,277**	,300**	,062	-,260**	-,165*	-,053
	Sig. (2-tailed)	,928		,001	,000	,456	,002	,046	,524
	N	146	146	146	146	146	146	146	146
Tratamento Ofertado	Pearson Correlation	,093	,277**	1	,447**	,031	-,170*	,021	-,023
	Sig. (2-tailed)	,264	,001		,000	,715	,041	,805	,782
	N	146	146	146	146	146	146	146	146
Ficou no capsí?	Pearson Correlation	,118	,300**	,447**	1	-,068	-,202*	,147	-,038
	Sig. (2-tailed)	,155	,000	,000		,418	,014	,076	,648
	N	146	146	146	146	146	146	146	146
Novo encaminhamento	Pearson Correlation	,066	-,260**	-,170*	-,202*	,076	1	,166*	,110
	Sig. (2-tailed)	,432	,002	,041	,014	,360		,046	,188
	N	146	146	146	146	146	146	146	146
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).									
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).									

Fonte: Trabalho de Campo. Organizado pela autora.

Excluiremos de uma explicação aprofundada as variáveis que não apresentaram correlações significativas. Dito isto, as correlações positivas encontradas reforçam o que já amplamente mencionado em nossa análise qualitativa a partir dos dados numéricos recolhidos pelos prontuários. Há uma relação positiva entre ‘ficou no CAPSi e tratamento ofertado’, de modo que quando uma criança é aceita para acompanhamento, necessariamente implica dizer que esta criança está recebendo algum tipo de tratamento, seja ele medicamentoso ou não. Entretanto, é significativamente positiva a relação existente entre a variável ‘ficar no CAPSi e medicamento’, contudo, conforme vimos na tabela 03 nem todas as crianças descritas nos prontuários fazem uso de medicamento, mas não podemos afirmar que os prontuários sem informações signifiquem o não uso de fármaco, pois conforme tabela 02 quase todas que ficaram possuem classificação diagnóstica.

A correlação entre ‘ficou no CAPSi e medicamento’ é positiva, bem como ‘ficou no CAPSi e tratamento ofertado’. Encontramos como negativa a correlação entre ‘novo encaminhamento e medicamento’, todavia, conforme dados apresentados na tabela 05, não necessariamente implica dizer que por receber um novo encaminhamento retire da criança um tratamento dentro do CAPSi Leste, ou mesmo que esta criança não esteja sendo medicada, pelo contrário, observamos uma quantidade significativa de crianças que permaneceram no CAPSi mas que também foram encaminhadas. Podemos a partir destas informações, deduzir que é negativa pelo fato que visivelmente ao receber um novo encaminhamento o número de crianças medicadas cai conseqüentemente.

7.4. Considerações Finais – A procura de um novo caminho

Chega-se ao momento em que devo finalizar esta dissertação, entretanto, cumpre-se dizer que por maior ensejo físico, emocional ou acadêmico dispensados à esta pesquisa, em momento algum poderei afirmar que todas as questões propostas inicialmente tenham sido contempladas ou respondidas, posso sim, considerar que qualquer hiato surgido no decorrer deste trabalho, me servirá como motivação para continuar a refletir e pensar sobre a temática.

O caminho trilhado até chegar nesta etapa foi longo e repleto das variadas emoções. Minha querida orientadora sempre repetia à nós alunos que um mestrado não deveria causar sofrimento, e para que isso fosse uma realidade, motivava seus orientandos a pesquisar aquilo que evocava prazer. Poder pesquisar algo que você se identifica num mestrado é para poucos,

e aproveitei bem isso, contudo, não significa dizer que apenas emoções boas aconteceram, mas que com certeza todas serviram como impulso.

A temática anunciada nesta dissertação está acessa em mim há anos, contudo, sem vivência nas Políticas Públicas em Saúde Mental Infantojuvenil, e ao mergulhar neste universo, evidencio que tais Políticas são relativamente nova em nosso País, e descubro a partir dos inúmeros artigos e livros que falar sobre Saúde Mental Infantil tem sido um tema escolhido por muitos pesquisadores, claro que cada área tentando defender e falar a partir da sua percepção; o que tornou ainda mais fascinante realizar esta pesquisa.

Imersa ao tema Patologização da Infância, comecei a querer conhecer a demanda psiquiátrica de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil em Manaus, seria este meu ponto de partida. A partir deste objetivo, construiu-se objetivos específicos que me ajudaria a montar este quebra-cabeça, tais como; os transtornos prevalentes encontrados, os motivos/queixas apresentadas no acolhimento, e quais tratamentos foram oferecidos e realizados.

A busca por um maior aprofundamento na temática iniciou-se por uma viagem à construção da infância. Impossível seria falar sobre crianças sem mencionar o caminho percorrido até a visibilidade destes pequenos no seio social. Esta viagem me levou a descobertas incríveis, ao mesmo tempo em que, contribuiu para reafirmar meu interesse pelas crianças. De crianças invisíveis, silenciadas e tidas como objeto de entretenimento para suas famílias (Ariès, 1981; Postman, 2012); para crianças com uma fase de desenvolvimento descrita para elas, crianças que passaram a serem vistas pelos adultos e que foram conquistando espaço significativo, entretanto, percebeu-se ao longo desta viagem histórica que mesmo diante de tantas conquistas, mesmo existindo o ECA (Brasil, 2002) com todos os direitos que asseguram nossas crianças, encontramos na contemporaneidade uma infância sendo silenciada, uma infância tendo seus comportamentos particulares e subjetivos sendo negligenciados e transformados em patologias, comportamentos que precisam ser contidos.

A observação participante revelou que possivelmente estamos vivendo um período de silenciamento das nossas crianças, pois quem fala por elas no acolhimento são os pais, elas apenas ouvem, e quando falam, não é levado em consideração, afinal são crianças que precisam de tratamento; quando chegam com o psiquiatra, os responsáveis repetem seus discursos e novamente a criança é ignorada.

Em um segundo momento, senti a necessidade de desbravar a história da saúde mental infantil no Brasil, no entanto, não podia iniciar esta viagem pelo que temos de referência hoje, pois seria insuficiente no entendimento global. Sendo assim, sem ser redundante, comecei pelo começo, e que começo. A pesquisa teórica realizada revelou que até meados do século XIX toda e qualquer referência em saúde mental estava ligado ao adulto, não se tinham pesquisas sobre transtornos mentais na infância, período que ficou conhecido como “omissão da saúde pública” (Brasil, 2005a).

O primeiro Hospital criado no Brasil passava longe da visão que hoje temos do que vem a ser um hospital. Àquele período da nossa história, que coincidiu com a chegada dos Portugueses ao nosso País, não buscava tratar as doenças, muito menos tinha humanização com os internos. O hospital administrado inicialmente por religiosos tinha por missão preservar a sociedade da insanidade e da pobreza dos denominados “loucos”. Especificamente sobre a Saúde Mental para crianças, foi somente a partir de 1978 com o movimento em prol da Reforma Psiquiátrica que os olhos se voltaram para as pessoas com transtornos mentais. Clínicas e hospitais que maltratavam e subjugavam seus pacientes foram fechadas, e em 1989 surge o primeiro CAPS no País (Brasil, 2005a). Mas e as crianças?

Não foi encontrado nesta viagem histórica escritos sobre atendimentos específicos à crianças. Os relatos e pesquisas atuais mostram que anterior a Reforma Psiquiátrica crianças que demonstravam qualquer sinal de loucura recebia o mesmo tratamento de um adulto, e em muitos casos, a Clínica de Eufrenia desempenhava o papel de prevenir as doenças nervosas em crianças bem como corrigir qualquer comportamento psíquico anormal (Brasil, 2005b). As doenças mencionadas que ameaçavam e traziam pânico à infância, eram as que atualmente são controladas por meio de vacinas: sarampo, catapora e outras. O ponto de partida para se pensar nos direitos das crianças em relação a sua saúde foi a Constituição Federal de 1988, entretanto, foi somente a partir do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil em 2004 que as crianças foram incluídas nas políticas públicas de saúde mental brasileira (Brasil, 2005a). Isto demonstra o quão recente ainda é e o quão frágil se encontra.

O CAPSi surgiu para acolher de modo a garantir às crianças e adolescentes tratamento em saúde mental que os reinsira e promova melhor qualidade de vida. A criança precisa encontrar no CAPSi uma rede multiprofissional como recomenda Brasil (2014) que além de trabalhar com profissionais de diversas áreas com o propósito de atender as necessidades da criança, precisa garantir à ela uma rede de apoio fora do CAPSi, isto é, trabalhar em conjunto

com a família, com a escola, ou qualquer outra instituição social a qual a criança em tratamento faça parte.

É conhecido a partir dos resultados o quão difícil tem sido realizar esta prática coletiva no CAPSi Leste, talvez esta dificuldade esteja relacionada a uma sociedade individualista em que valoriza o consumo e a competição entre si. Viu-se que a figura do médico remete aos demais profissionais uma figura de poder, em que necessariamente todas as crianças acolhidas necessariamente precisam passar por ele, pois somente ele direcionará os próximos passos. Observou-se ainda que não há uma veiculação da proposta do CAPSi para a sociedade manauara, apenas quem é tratado ali e sua família conhecem o CAPSi Leste, com exceção do mês da Luta Antimanicomial.

Infância e Saúde Mental, dois temas norteadores desta pesquisa e devidamente contemplados, poderia dizer que meu acervo teórico estaria finalizado? Com certeza para muitos pode soar como suficiente, mas eu precisava falar sobre a patologização da infância, de certa maneira unindo as duas temáticas anteriormente exploradas, e foi assim que nasceu meu terceiro ponto nesta viagem. A prática profissional com crianças e a vivência como mãe me moviam na direção deste estudo. Realizei uma análise crítica sobre a patologização e medicalização na contemporaneidade como possível mecanismo de controle social. Conceitos sobre normal e patológico foram ampliados para compreender o nascimento das patologias atuais deferidas às crianças. Observou-se nas pesquisas que a cada ano cresce o número de crianças com transtornos mentais, é como se cada ano imprimisse na infância uma patologia. Criança com 6 anos sendo medicada há 2 anos com remédios mágicos que irão controlar seus impulsos, mantê-la concentrada e torná-la eficiente.

Os dados analisados nesta dissertação apontaram para resultados semelhantes que acontecem em outros CAPSi no Brasil. Em todas as pesquisas analisadas e estudadas apontaram uma demanda maior de meninos e com um frequência em maior escola para os transtornos de conduta e TDAH, o autismo também aparece em segunda posição em várias pesquisas realizadas dentro desta temática. Em relação ao uso de Metilfenidato e da troca do mesmo por Risperidona no tratamento de crianças menores de 13 anos com diagnóstico de Transtorno de Conduta evidenciado nesta pesquisa também é resultado marcante nas realizadas em outros CAPSi.

A partir dos motivos relatados durante o acolhimento podemos inferir que a criança através dos comportamentos apresentados e que causam estranhamento para seus pais, professores ou profissionais da saúde, torna-se um peso, um transtorno para os que a rodeiam

e que não sabem lidar e buscam uma maneira de silenciar, de controlar e de moldar esta criança para que responda exatamente como desejam (Foucault, 1979; 1987), através da droga da obediência (Moysés, 2011) eliminando deste processo todo o contexto cultural, social e histórico desta criança (Collares & Moysés, 1994).

Diante do exposto, finalizo esta dissertação construída com o objetivo de conhecer a demanda psiquiátrica do CAPSi Leste em Manaus com algumas reflexões oriundas dos resultados. O conjunto de informações obtidas através da análise dos prontuários e da observação participante me permite visualizar o quão distante estamos regionalmente da prática amplamente divulgado pelas Políticas Públicas em Saúde Mental. Contudo, reafirmo que esta pesquisa não traz certezas ou verdades absolutas, nem tão pouco foi realizada com a intenção de qualificar ou desqualificar o trabalho exercido no CAPSi Leste; pelo contrário, os resultados apontam para uma realidade local repleta de relações complexas construídas historicamente e culturalmente.

Ressalta-se por fim a importância na propagação e desenvolvimento de pesquisas que permitam ampliar a discussão e reflexão da temática, problematizando o cuidado exercido nas práticas cotidianas dentro do serviço em saúde mental infantil, fomentando debates entre os profissionais e sociedade em geral. Os resultados devem nos impulsionar para lutar contra o fortalecimento do processo de patologização e medicalização da infância contemporânea, sem dúvida, não podemos nos silenciar e nem permitir que nossas crianças sejam silenciadas. Vamos juntos em busca de um novo caminho!

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil**: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC*, ano 2, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em: 21 agosto 2017.

ARIÈS. P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1981.

BELTRAME, M. M. **Infância e saúde mental**: reflexões sobre a dinâmica de trabalho de um CAPSi. Dissertação de Mestrado: Psicologia. Universidade Estadual de Maringá – Paraná, 2010.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Normativas Internacionais. Conselho Nacional dos Direitos da criança e do Adolescente. Brasília, DF: Conanda, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COLLARES, C. A. L., MOYSÉS, M. A. A. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação**. Série Ideias, São Paulo: FDE, 1994. p. 25-31.

DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Tradução Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987.

_____. Sobre a História da Sexualidade. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução e Organização de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FRANÇA, R. M. P. **A nau das crianças-problema: entre a patologização do sofrimento psíquico na infância e a ética do cuidado na psicanálise**. Dissertação - Mestrado em Psicologia. Universidade Católica de Pernambuco: Pernambuco, 2014.

GUARIDO, R. **A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

KAMERS, M. **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.

MACHADO, R.; LOUREIRO, Â.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO, C. M. et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. **Psicologia Teoria e prática**, São Paulo, v.16, n.2, p.53-62, ago. 2014. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10/09/2018.

Méllo, R.P.; Silva, A.A.; Lima, M.L.C.; Di Paolo, A. F. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 26-32, dez. 2007.

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOYSÉS, M. A. A. **A Droga da Obediência**. Site da Revista Carta Capital. 2011. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/carta-fundamental/a-droga-da-obediencia/>>. Acesso em 15 Ago. 2017.

MOTA, M. L. **A criança na fronteira amazônica: o viver no fio da navalha e o imaginário da infância**. Tese – Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia: Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

OLIVEIRA, A. R C. **Entre retalhos cotidianos, práticas discursivas e drogas: perspectiva ecologista de educação / Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira**. Sorocaba, SP, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS 2001.

_____. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: cuidar, sim – excluir, não**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2005.

POSTMAN, N. **O desaparecimento da infância**. Tradução Suzana Menescal de Alencar Carvalho e José Laurenio de Melo. Rio de Janeiro: Graphia, 2012.

REIGOTA, M. A. S. **Narrativas ficcionais da práxis ecologista**. Paper apresentado no VI Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP) em Agosto, Teresópolis, Brasil, 1996.

SILVA, M. J. **O uso do cloridrato de metilfenidato em unidade da rede pública de Santos**. Dissertação de Mestrado: Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo: Campus Baixada Santista, 2014.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Edição virtual, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas**. Edição virtual, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, 15(2), 18-42, 2003. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>> Acesso em: 01 Jul. 2018.

SPINK, P.; RIBEIRO, M. A. T.; CONEJO, S. P.; SOUZA, de E. Documentos de domínio público e a produção de informações. In: SPINK, M. J. (org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein. 2014.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. **Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática**. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro. v. 63, n. 4, p. 360-372, dez. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400360&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10/09/2018.

VINOCUR, E, Pereira, F.V.H.V. **Avaliação dos transtornos de comportamento na infância**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2011;10 (Supl.2):26-34

ANEXO
Anexo I – Parecer do Comitê de Ético em Pesquisa (CEP)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA NO SERVIÇO PÚBLICO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL

Pesquisador: HITALLA FERNANDES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82719417.4.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.566.686

Apresentação do Projeto:

A infância contemporânea tem sido objeto de estudo de áreas distintas do conhecimento, em geral todas estão tentando falar e conhecer mais sobre essa fase do desenvolvimento humano, uns para dar às crianças vozes proporcionando autonomia a elas, outros, no entanto, buscando encontrar maneiras de moldar as crianças para que elas pensem e se comportem do modo que desejam e para o fim que desejam. Deste modo, o presente projeto de pesquisa tem por objetivo principal analisar a demanda psiquiátrica do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi de Manaus, visando identificar quais são os transtornos prevalentes, quais os motivos dos encaminhamentos e descrever o atendimento ofertado às crianças que ali são atendidas e qual o procedimento adotado para aquelas que não se enquadram no perfil de trabalho do CAPSi. Trata-se de uma pesquisa com abordagem e métodos mistos de

investigação; quantitativo e qualitativo que conta com os instrumentos análise documental e observação participante como aporte para a coleta de dados e com o software MAXQDA para análise dos resultados. Busca-se, portanto, com esta pesquisa a partir do viés da Psicologia Social Crítica ampliar as discussões sobre a patologização da infância na cidade de Manaus e demais capitais do Brasil, proporcionando aos profissionais de saúde e demais profissionais que ali fazem parte a questionar-se sobre o porquê e para quem é tão importante diagnosticar e medicar uma criança, possibilitando transformações em suas práticas na busca incansável pela despatologização infantil

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a demanda psiquiátrica infantil no CAPS

i de Manaus/Am. Objetivo Secundário:

- Identificar quais transtornos psiquiátricos são prevalentes na demanda dos períodos de 2016 a 2017 no CAPS i.
- Conhecer os motivos envolvidos nos encaminhamentos recebidos.
- Descrever o atendimento e tratamento ofertado as crianças/usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto foi desenvolvido com base nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12, atendendo, portanto, as exigências éticas e científicas fundamentais. Podemos inferir que os possíveis riscos no desenvolvimento da pesquisa tornam-se pequenos, uma vez que trabalharemos com análise documental e observação participante, em que a pesquisadora irá prezar pelo sigilo ético conforme resolução nº466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e do Código de Ética da Psicologia, resolução 010/2005. Entretanto, caso alguma criança/usuário do serviço, profissionais de ou familiar apresente algum tipo de constrangimento psíquico, emocional ou espiritual, imediato ou em longo prazo, decorrente direta ou indiretamente no momento da observação participante, a pesquisadora o encaminhará para rede de atenção psicossocial mais próxima de sua residência, ou para Centro de Serviço de Psicologia Aplicada – CSPA na Universidade Federal do Amazonas, sem qualquer tipo de ônus para o voluntário. A pesquisadora se compromete a indenizar e/ou ressarcir, quando houver a necessidade de cobertura material para reparação de dano, se este for causado pela participação na pesquisa, de acordo com a CNS 466/12.

Benefícios:

A partir do viés da Psicologia Social Crítica, espera-se levar a sociedade amazonense e demais capitais do Brasil em que o CAPSi esteja implantado, a pensar e questionar-se sobre o porquê e para quem é tão importante ter crianças diagnosticadas e medicadas, visando o combate e o enfrentamento da patologização como dispositivo de controle social, partindo de um campo micro para alcançarmos o macro. Ampliar as discussões sobre a patologização da infância na cidade de Manaus, possibilitando – aos psicólogos, categoria médica e demais profissionais da área de saúde pública e privada – refletir suas práticas diárias, na busca incansável em prol da despatologização da infância em nossa cidade. Contribuir no crescimento de produção científica na Região Norte, especificamente no Estado do Amazonas, reconhecendo nossas especificidades regionais, podendo servir de subsídio para novas pesquisas sobre a patologização infantil em Manaus-AM.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo em nível de pós-graduação a ser desenvolvido pela discente Hitalla Fernandes dos Santos através do PPGPSI/FAPSI/UFAM, sob a orientação da Profª DRª Adriana Caldeira de Oliveira, consubstanciado na abordagem quanti-quali de pesquisa. Para tanto, serão utilizados na coleta de dados prontuários de pacientes, cujos dados referentes a demanda encontrada nos períodos de 2016 a 2017 serão inseridos no Software MAXQDA para análise posterior. O software escolhido caminhará com a pesquisadora durante todo o processo, pois dará suporte na quantificação dos transtornos encontrados na demanda recebida, e também, nas descrições e análise dos dados qualitativos, referente aos motivos de encaminhamentos e procedimentos de atendimento e serviços ofertados. A análise documental dos prontuários servirá como ponto de partida na pesquisa para alcançar os objetivos propostos. Os prontuários em saúde são documentos presentes no setor de saúde pública, mas de domínio privado, no entanto com a Lei de acesso à informação n. 12.527/2011, podemos ter acesso a estes em prol da informação, com a finalidade de produzir a partir deles informações próprias. Ainda como instrumento de coleta de dados desta pesquisa, será utilizada a observação participante, que ajudará a ampliar a visão quanto ao problema estudado. Como aporte da observação, será feito o uso ainda do instrumento diário de campo, de maneira a registrar o observado no cotidiano das crianças, famílias, e técnicos que transitam no CAPSi.



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto: Apresentada e adequada;
2. Termo de Anuência: Apresentado e adequado;
3. TCLE: Apresentado e adequado;
4. Instrumentos de pesquisa: Apresentados e adequados;
5. Critérios de inclusão e exclusão: Apresentados e adequados;
6. Riscos e benefícios: Apresentados e adequados;
7. Cronograma: Apresentado e adequado. Coleta de dados a ser realizada em maio de 2018;
8. Orçamento: Apresentado e adequado, no valor de 411,90, com recursos próprios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está apto para desenvolvimento após publicação de resultado final de aprovação deste Comitê de Ética, conforme exigências da Res.466/2012 e Res. 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1051889.pdf	13/03/2018 16:42:54		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	13/03/2018 16:42:12	HITALLA FERNANDES DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO_HITALLA.pdf	13/03/2018 16:41:27	HITALLA FERNANDES DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATU.pdf	13/03/2018 16:40:37	HITALLA FERNANDES DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

MANAUS, 27 de
março de 2018

Assinado por:
Eliana Maria Pereira
da Fonseca
(Coordenador)