EDNÉIA JOSÉ MARTINS ZANIANI

ENTRE POTÊNCIAS E RESISTÊNCIAS: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da Atenção Psicossocial

ASSIS
2015

EDNÉIA JOSÉ MARTINS ZANIANI

ENTRE POTÊNCIAS E RESISTÊNCIAS: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da Atenção Psicossocial

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista, para a obtenção do título de Doutora em Psicologia: (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientadora: Prof.ª Drª Cristina Amélia Luzio.

ASSIS
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Zaniani, Ednéia José Martins
Z31e Entre potências e resistências: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da Atenção Psicossocial / Ednéia José Martins Zaniani. - Assis, 2015
234 f. : il.

Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.
Orientador: Drª Cristina Amélia Luzio

1. Criança e adolescente. 2. Saúde mental. 3. Saúde pública. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Serviços de saúde mental. I. Título.

CDD 616.89

EDNÉIA JOSÉ MARTINS ZANIANI

ENTRE POTÊNCIAS E RESISTÊNCIAS: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da Atenção Psicossocial

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Assis para obtenção do título de Doutora em Psicologia. (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Data da Aprovação: 31/07/2015

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente: PROFA. DRA. CRISTINA AMÉLIA LUZIO - UNESP/Assis

Membros: PROF. DR. SILVIO YASUI - UNESP/Assis

PROFA. DRA. MARIA LÚCIA BOARINI - UEM/Maringá

PROFA. DRA. CLÁUDIA APARECIDA VALDERRAMAS GOMES - UNESP/Assis

PROF. DR. RICARDO SPARAPAN PENA - UFF/Volta Redonda-RJ

Dedico esse trabalho à Luiza, razão maior da minha existência...

AGRADECIMENTOS

"Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de tantas outras pessoas" ...

Parafraseando Gonzaguinha, este trabalho sintetiza marcas de lições diárias... Marcas dos encontros, mensagens e afetos que me atravessam e me constituem. E, mesmo reconhecendo que nenhuma palavra é capaz de traduzir a gratidão que mora em meu coração, ainda assim quero aqui registrar meus agradecimentos:

À minha orientadora Cristina Amélia Luzio, referência profissional e acadêmica, que me aceitou e cuidadosamente compartilhou comigo sua experiência, seu saber e seus afetos durante o curso dessa pesquisa. Ao se demonstrar apaixonada pela Reforma Psiquiátrica fez-me apaixonar também. Ao questionar minhas certezas fez-me perceber que ainda há muito o que estranhar e que longo é caminho a tracejar.

À Maria Lucia Boarini por me acompanhar há tempos, por acreditar que poderia seguir em frente tornando esperançosos momentos de abatimento. Sua ética e compromisso com o coletivo me são exemplares. Sua amizade e carinho são motivos de muito orgulho para mim.

Aos demais professores da banca, Silvio Yasui, Claudia Aparecida Valderramas Gomes e Ricardo Sparapan Pena, que prontamente se dispuseram a ler e contribuir com o debate proposto. Em especial, agradeço ao professor Silvio Yasui pelas contribuições trazidas durante a qualificação que ajudaram singularmente a clarear caminhos.

Aos colegas e parceiros do Grupo de Orientação e Pesquisa da UNESP-Assis/SP: Ana Clara Cunha, Barbara Sinibaldi, Catia Paranhos, Daniele Duarte, Raphael Sanches e Renata Heller de Moura, por compartilharem olhares e acrescentarem em algumas densas sextas-feiras questionamentos ao nosso processo de pesquisar.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras de Assis/SP, pela disponibilidade e seriedade com que conduzem suas tarefas.

Aos colegas e parceiros do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e o Eugenismo (GEPHE) da UEM, por fomentarem o gosto pela historicidade dos fatos, desnaturalizando a vida e as relações humanas.

Aos amigos e companheiros do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (DPI-UEM), por torcerem por nosso crescimento enquanto docentes e por partilharem do desejo de seguir contribuindo para a formação teórico-crítica de nossos alunos da Psicologia.

Aos meus alunos por alimentarem cotidianamente o amor pela docência e por instigarem o estranhamento às verdades da Psicologia.

Aos profissionais do CAPSi Pastora Cenita Pinto Vargas da cidade de Maringá-PR, que vivem as dores e as delícias de trabalhar nesse dispositivo da saúde mental infantojuvenil. Obrigada por acolherem essa pesquisa, por terem se disposto a compartilhar potências, resistências e fragilidades do cuidado que implementam e que desejam implementar.

À Roselania, amiga que a academia me apresentou e que na vida permaneceu. Obrigada por ser para mim modelo de generosidade, comprometimento ético-político e competência profissional.

À Liza e a Rô, irmãs que a UEM me trouxe e que o compartilhar da vida só tem feito conservar.

A todos os meus familiares, por tanto torcerem e incentivarem a caminhada. Meus irmãos, cunhados e sobrinhos, tios, primos... Obrigada por estarem sempre presentes e por serem um grande presente em minha vida.

À Fá e à Paula que cuidam com tanto amor da minha Luiza e tornaram possível, graças a esse cuidado, a conclusão dessa tese.

À minha mãe amada, modelo de força, caráter e justiça. Obrigada por não medir esforços para nos ajudar a crescer e a ser feliz. Por tudo que nos ensina tens sido para mim a maior referência de amor e de sabedoria de vida.

Ao meu amado esposo Luiz, que com seu zelo e admiração me fez acreditar e apostar em coisas que nem eu mesma acreditava... Obrigada por compartilhar comigo do seu amor, me fazendo desejar compartilhar contigo tudo por toda a vida.

À Luiza, minha filha tão desejada e tão amada, a parte mais linda da minha história... Ser sua mãe sempre será o maior título que a vida poderia ter me dado...

Acima de tudo, agradeço a Deus por ser sempre tão misericordioso e por seguir generosamente distribuindo bênçãos em forma de conquistas em nossas vidas.

"E só ficará comigo o riso rubro das chamas, alumiando o preto das estrelas vazias. Porque eu só preciso de pés livres, de mãos dadas, e de olhos bem abertos".

(João Guimarães Rosa)

ZANIANI, E. J. M. **ENTRE POTÊNCIAS E RESISTÊNCIAS**: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da Atenção Psicossocial. 2015. 234f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2015.

RESUMO

Este trabalho objetiva refletir sobre a efetivação das ações de cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e sua intersecção com a lógica da Atenção Psicossocial. Construída no bojo do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, a Atenção Psicossocial vem sendo definida como um conjunto de ações capazes de constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental que supera o modelo manicomial. Entre as ações alvitradas nesse processo, o CAPSi, parte da rede de serviços substitutiva, vem sendo considerado a iniciativa mais concreta do Estado de deslocar para a esfera pública o cuidado com a saúde mental de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente, impossibilitados ou afetados de alguma forma em sua condição de manter ou estabelecer laços sociais e projetos de vida. A Atenção Psicossocial pleiteia que o CAPSi não se resuma a um mero serviço, e rompendo com o trabalho médico-centrado, especializado e individualizado, medeie a (re)inserção social e comunitária, agenciando a organização de uma rede ampliada de cuidados. Orientados pela perspectiva sócio-histórica buscamos as cocnepções que demarcam as práticas vigentes e para tanto, acessamos fontes documentais do CAPSi com vistas a identificar o perfil das crianças e adolescentes encaminhados, quais instituições os encaminham, quais motivos os levam a configurarem demanda para atendimento e quais desfechos tiveram seus casos. Ademais, realizamos Grupos de Discussão (GD) com os profissionais do CAPSi e acompanhamos, por meio da observação participante, a rotina de trabalho da equipe e sua inserção em encontros multiprofissionais realizados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A inserção no campo nos apresentou concepções de infância, adolescência e saúde mental que naturalizados delineiam a seu modo o teor das práticas aspiradas pela rede intra e intersetorial e dimanadas pelos profissionais do CAPSi. Os meninos são os mais encaminhados e o sofrimento psíquico por vezes aparece associado a comportamentos desajustados, levando-nos a reconhecer um sentido de saúde mental sinônimo de adaptação social. Os encaminhamentos emanam principalmente da Atenção Básica, da Educação e do Conselho Tutelar, e endereçadas ao CAPSi se assemelham a pedidos de conserto, a exemplo das que respondem pelo nome de agressividade e das queixas escolares que foram as mais recorrentes. Observamos que no trabalho intra e intersetorial o CAPSi parece ocupar o lugar do especialista, aquele que está autorizado a dizer e tratar os problemas considerados de saúde mental. Concluímos que entre potências, resistências e fragilidades o CAPSi na sua intersecção com a proposta da Atenção Psicossocial necessita superar a lógica ambulatorial, agenciar o trabalho intersetorial, fomentando espaços institucionais e políticos de interlocução mais horizontalizados. Para (re)significar as concepções de saúde mental e cuidado precisa coabitar o território, promovendo o acesso aos variados recursos, bens e serviços, ampliando as possibilidades de trocas afetivas e sociais e a partir destas, contribuir para o (re)posicionamento subjetivo, cultural, político e social daqueles que já na infância e adolescência respondem pela insígnia de ‘usuários da saúde mental’.

Palavras-chave: Infância e Adolescência. Saúde Mental. Saúde Pública. Reforma Psiquiátrica brasileira. Serviços Substitutivos.

ZANIANI, E. J. M. **AMONG POWER AND RESISTANCE**: The Psychosocial Children Care Center and the construction of the Psychosocial Care logic. 2015. 234f. Thesis (PhD in Psychology). - Science and Letters Faculty, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2015.

ABSTRACT

This paper aims to reflect on the care effectiveness initiatives in mental health Psychosocial Care Children and Youth Centre (CAPSi) and its intersection with the logic of Psychosocial Care. Constructed within the Movement of the Brazilian Psychiatric Reform, the psychosocial care has been defined as a set of actions capable of constituting a new paradigm for the practices in mental health that outweighs the asylum model. Among the suggested actions in this process, CAPSi, part of the substitute service network, has been considered the most concrete initiative of the State to move into the public sphere care for the mental health of children and adolescents in serious and persistent psychological distress, unable or affected in some way in their capacity to maintain or establish social ties and life projects. The Psychosocial Care pleads that the CAPSi isn't only a mere service, unlike the doctor-centered work, specialized and individualized, mediates the (re)social and community inclusion, giving the organization an extended care network. Guided by socio-historical perspective we seek the conceptions that mark the current practices, so we access documentary sources CAPSi in order to identify the profile of children and adolescents referred, which institutions they wew sent to, what reasons lead configure the demand for care and the outcomes of their cases. In addition to that, we conducted focus groups (GD) with professional CAPSi and monitor, through participant observation, teamwork routine and their integration in multidisciplinary meetings in Psychosocial Care Network (RAPS). The insertion in the field presented in childhood conceptions, adolescence and mental health naturalized outline their own way the content of the aspirated practices for intra and inter-sectoral network and measures imposed by CAPSi professionals. Boys are more directed and psychological distress sometimes appears associated with maladaptive behaviors, leading us to recognize a sense of mental health synonymous with social adaptation. Referrals emanate mainly from Primary Care, Education and the Guardian Council, and addressed to CAPSi resemble repair requests, such as those that are responsible for the aggressiveness and school complaints that were the most frequent. We observed that the intra- and inter-sectoral work the CAPSi seems to take the place of an expert, the one who is allowed to say and treat mental health problems considered. We conclude that among resistances and weaknesses CAPSi at its intersection with the proposal of psychosocial care needs to overcome the outpatient logic, broker intersectoral work, fostering institutional and political spaces for better dialogue. To (re)define mental health conceptions and care must cohabit the territory, promoting access to various resources, goods and services, expanding the possibilities of emotional and social exchanges and from these to contribute to the (re)positioning subjective, cultural, political and social for those already in childhood and adolescence account for the insignia of users 'mental health'.

Keywords: Children and Adolescents. Mental Health. Public Health. Brazilian Psychiatric Reform. Substitutes services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) – 2010 98

Tabela 2: Faixa etária dos usuários 117

Tabela 3: Instituições que encaminham crianças e adolescentes ao CAPSi 119

Tabela 4: As queixas mais frequentes 131

Tabela 5: Destino/desfecho final dos casos 145

SUMÁRIO

1 **DE COMO CONSTRUÍMOS A PESQUISA OU SOBRE COMO A PESQUISA NOS CONSTRÓI PESQUISADORES**..... 12
1.1 SOBRE NOSSA IMPLICAÇÃO OU DOS TANTOS CAMINHOS QUE NOS TROUXERAM À PESQUISA..... 21

2 **O PERCURSO ESCOLHIDO**..... 28
2.1 CONTEXTUALIZANDO O PESQUISAR, OS OBJETIVOS E A METODOLOGIA..... 28
2.2 A ESCOLHA DA ORIENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA 33

3 **INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E A EMERGÊNCIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL**..... 40
3.1 POR UMA CONCEPÇÃO MENOS NATURALIZADA DE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA..... 40
3.2 ENTRE TRANSTORNOS E SINTOMAS: A CONSTITUIÇÃO DA INFÂNCIA *ANORMAL*..... 47
3.3 EM BUSCA DA HISTORICIDADE DOS FATOS: CONSTRUCTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL..... 57
3.4 DOS FUNDAMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: HÁ LUGAR PARA A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA NESSE MOVIMENTO?. 69

4 **DA LÓGICA E DOS VIESES DO CUIDADO À SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL**..... 81
4.1 O CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: A LÓGICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL..... 81
4.2 SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): NOVO RETRATO? VELHA MOLDURA?..... 88
4.2.1 **A intersetorialidade como ponte para integralidade do cuidado**..... 92
4.3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL (CAPSI) COMO CAMPO DA PESQUISA E SEU LUGAR NA RAPS DE MARINGÁ-PR. 95
4.3.1 **A RAPS da cidade de Maringá-PR**..... 99
4.4 POR UMA REDE AMPLIADA DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL..... 107

5 **REFLEXÕES ENREDADAS PELA PESQUISA**..... 112
5.1 A DEMANDA TOMA CORPO: DESENHANDO O PERFIL, DESVELANDO OS (DES)CAMINHOS..... 113
5.1.1 **Quem são essas crianças e adolescentes?** 115
5.1.2 **Da origem dos encaminhamentos**..... 116
5.1.3 **Das queixas mais recorrentes**..... 128
5.1.4 **Do destino/desfecho final dos casos encaminhados**..... 144

5.2 CONCEPÇÕES QUE ENTRECRUZAM ALGUMAS PRÁTICAS DE CUIDADO VIGENTES..... 148
5.2.1 **Circulando pelo campo das concepções: a Infância, a Adolescência e a Saúde Mental**..... 148
5.3 POTÊNCIAS E RESISTÊNCIAS DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E DOS SEUS SENTIDOS..... 160
5.4 POR UM NOVO JEITO DE CUIDAR OU PARA QUE O CAPSI NÃO SEJA SÓ MAIS UM SERVIÇO A RAPS..... 174

6 **(IN)CONCLUSÕES SOBRE UM CAMPO EM MOVIMENTO**..... 179

REFERÊNCIAS..... 194

APÊNDICES..... 213
APÊNDICE A: ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE GRUPOS DE DISCUSSÃO 214
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.... 215
APÊNDICE C: AUTORIZAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA..... 217
APÊNDICE D: RELATO DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO..... 219

1 DE COMO CONSTRUÍMOS A PESQUISA OU SOBRE COMO A PESQUISA NOS CONSTRÓI PESQUISADORES

Mas ele desconhecia esse fato extraordinário:
Que o operário faz a coisa e a coisa faz o operário
De forma que, certo dia à mesa, ao cortar o pão,
o operário foi tomado de uma súbita emoção
Ao constatar assombrado que tudo naquela mesa
- Garrafa, prato, facão –
Era ele quem os fazia
Ele, um humilde operário,
Um operário em construção [...]
Vinícius de Moraes

A escolha do poema *Operário em Construção* para abrir nosso trabalho não foi feita ao acaso. Escrito por Vinícius de Moraes, em 1956, esse poema é considerado uma exímia metáfora sobre a construção da consciência de um trabalhador, e tal qual aquele operário, ao tomarmos consciência da nossa condição de sujeito-pesquisador-professor, compreendíamos que quanto mais crescia nossa construção-pesquisa, mais crescíamos como sujeito-pesquisador-professor. Essa tese é, em primeira instância, expressão do nosso crescimento pessoal e profissional. E esse crescimento, entendemos, só foi possível graças aos bons encontros, à inserção na academia e no campo da pesquisa, e nos debates coletivos por esta inserção acirrados.

O presente trabalho tem por objetivo refletir sobre a efetivação das ações de cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e sua intersecção com a lógica da Atenção Psicossocial. Construída no bojo do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, a Atenção Psicossocial vem sendo definida como um conjunto de ações capazes de constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental. Entre outras ações rememoramos que, ante a necessária criação de uma rede substitutiva de cuidados capaz de superar o modelo asilar, o CAPSi[1] vem sendo considerado, no curso da Reforma Psiquiátrica brasileira, como a iniciativa mais concreta de deslocar para a rede pública o cuidado com a saúde mental de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente, impossibilitados ou afetados de alguma forma em sua condição de manter ou estabelecer laços sociais e projetos de vida.

[1] De acordo com a Portaria nº 336/GM (BRASIL, 2002a) que oficializa os CAPS estes centros se diferenciam de acordo com o porte/complexidade, abrangência populacional e especificidade dos atendimentos. Os CAPS podem ser classificados em cinco modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, destinados a adultos; CAPSad, destinado a usuários de álcool e drogas, e CAPSi, destinado a crianças e adolescentes.

A adoção dos termos "cuidado" e "sofrimento psíquico", esclarecemos, não é feita ao acaso. Essa adoção já nos fala que ao optar pela proposta basagliana[2] de substituir doença/transtorno mental, o fazemos no esforço de descentralizar o determinismo biológico que sempre pairou sobre o modo de conceber a loucura, ampliando nosso olhar para o processo de adoecer, nos convidando a entrar em contato com a complexidade da existência-sofrimento do sujeito (AMARANTE, 1995). Desta maneira, o cuidado em saúde mental é sustentado em uma dimensão ética e se materializa na atitude corresponsável e nas relações horizontais que profissionais e usuários estabelecem. Dito de outra forma: o cuidado em saúde mental pleiteia o vínculo e a responsabilização dos diferentes atores envolvidos na produção da saúde. Cuidar em saúde mental implica acolher, dialogar e contribuir para a produção de novas subjetividades, com vistas principalmente à emancipação dos sujeitos envolvidos. (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2010)

Essa concepção de cuidado modifica a lógica do processo de trabalho. Em detrimento da ideia de que a relação profissional de saúde-usuário pode ser prejudicial ao trabalhador – uma vez que os limites para esse envolvimento nem sempre são evidentes – o que se defende é que os serviços de saúde cuja produção do cuidado está centrada nos usuários e suas demandas articulem o próprio envolvimento do usuário com sua trajetória terapêutica (FRANCO; MERHY, 2005). A aposta é que esse encontro entre o trabalhador e aquele que apresenta sofrimento psíquico "produz efeitos na subjetividade tanto de quem busca como de quem oferta", tratando-se de um "encontro de afetação, de mudança, de produção de sentido" como ressalta Yasui (2010b, p. 5).

Dada sua ênfase relacional, os diferentes CAPS foram implantados sob a insígnia de dispositivos estratégicos[3] para a construção de uma lógica de atenção substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, crucial para a superação da cultura de institucionalização herdeira do paradigma psiquiátrico. Esse paradigma tem, entre outras características, o foco na doença, a concepção de que o sofrimento psíquico decorre de disfunções orgânicas e parte do pressuposto de que isolar e medicar são imprescindíveis ao tratamento, sendo o médico o profissional detentor do saber e da técnica necessária a toda assistência.

---

[2] Fazendo referência ao termo originalmente cunhado por Basaglia (1985) de "existência-sofrimento" adotamos "pessoa em sofrimento psíquico" para nos referir aos usuários dos serviços de saúde mental em substituição aos termos "doente mental" ou "portador de transtorno mental", tão usuais em diferentes momentos da história. No entanto, preservamos a grafia originalmente usada pelos autores que serão nossos interlocutores nesse estudo.

[3] Na atualidade esse *status* de dispositivo estratégico vem sendo rebatido e essa centralidade tem sido transferida à Atenção Básica, considerando-se que 80% dos municípios brasileiros são de pequeno porte e não abarcariam a implantação de um CAPS. Exploraremos um pouco mais essa discussão na seção 5.4.3.

Em contraposição, a assistência médico-centrada com viés curativo, ao tornar-se responsável por uma dada população dentro de uma área circunscrita de abrangência[4], a equipe multiprofissional[5] do CAPSi despende assistência clínica diária. Além disso, tem como diretriz central do trabalho terapêutico, a busca pela reinserção social dos seus usuários preservando os laços familiares, comunitários e de pertencimento tão necessários ao ser humano, bem como mediar o acesso aos bens e serviços e o exercício dos direitos civis (BRASIL, 2004b).

A proposta do CAPSi está arrolada a do Sistema Único de Saúde (SUS), que pode ser definido como um "arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes dessa política". Para tanto, o SUS engloba um "conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto de organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional [...]" (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531).

O SUS, por sua vez, está sustentado em uma concepção de saúde ampliada que pede a passagem da centralidade na doença entendendo que "a saúde integral é composta e promovida por inúmeros elementos, destacando-se o acesso à educação, lazer, esporte, habitação, cultura, etc.". Considerados como "estruturantes e condicionantes", esses fatores acrescidos dos conceitos de "autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e suas famílias, tornam-se fundamentais para a produção de saúde dessa população" e nessa perspectiva, "não há produção de saúde sem produção de saúde mental" (BRASIL, 2013a, p. 15-17).

Nessa direção, Tanaka e Ribeiro (2009, p. 478) observam uma paulatina mudança conceitual nas últimas décadas e que hoje quando falamos de saúde-doença falamos de um processo vinculado à qualidade de vida da população e à produção social da saúde. Afirmam os autores que as várias teorias formuladas acerca da causalidade das doenças também vêm acompanhando essa mudança, tendo de migrar de uma concepção "monocausal" para uma mais ampliada. Destarte, para lidar com o processo saúde-doença no campo da saúde mental é preciso considerar ao invés das determinações orgânicas, as "determinações e consistência

[4] A portaria 336/02 propôs a referência populacional de 200.000 habitantes para implantação de um CAPSi. Em documentos mais recentes encontramos menção a uma população de 150.000 (BRASIL, 2011). Nesse caso, a cidade de Maringá-PR que conta com uma população de quase 400.000 habitantes, comportaria mais de um CAPSi.

[5] A equipe mínima prevista para um CAPSi é: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002a).

psíquica e sociocultural do problema" e cujos "conflitos e contradições devem ser considerados constitutivos do sujeito" como observam Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 36).

Doravante, o desafio que se coloca é que, para além da mudança nas concepções, é preciso também produzir novas práticas capazes de superar o modelo flexneriano[6] que ainda incide sobre o trabalho em saúde. Sendo a saúde um processo de produção social, é preciso considerar a complexidade dos determinantes e condicionantes sociais, econômicos, ideológicos e cognitivos, romper com os limites historicamente impostos à política de saúde, valorizando "a interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersetorialidade como campo de prática" (TANAKA; RIBEIRO, 2009, p. 478).

A saúde concebida como bem de consumo deveria ser ideada, portanto, como produção da própria vida. Produção de uma vida que é multideterminada por fatores econômicos, sociais, culturais, ambientais e que não se encerra nas condições biológicas e/ou individuais. Esses fatores produzem necessidades cujo valor é atribuído social e historicamente, sendo a própria vida o bem social a ser preservado, como alertava Arouca (2003).

Doravante, quando se trata de uma criança ou um adolescente, entendemos que não há como falar de saúde mental sem questionar o lugar e as oportunidades que restam à infância e à adolescência na atualidade. No bojo desse debate, discutir saúde mental também não é uma tarefa simples e implica igualmente considerar sua multideterminação. E por compreender que se saúde é produção de vida, não se produz vida sem a participação coletiva, sem que problematizemos cotidianamente o quanto as intervenções alçadas em contextos de extremas desigualdades sociais são alimentadas por essa multideterminação e para serem superadas precisam ser enfrentadas por muitos atores.

Mas, afinal, seria possível definir saúde mental?

Arriscamos aqui nos enveredar pela concepção de saúde mental que sustenta essa tese. Saúde mental é tomada por nós como capacidade de criar, de enfrentar a realidade e de transformá-la, produzindo-se como sujeito. Produzir-se como sujeito, por sua vez, implica ser capaz de beneficiar-se dos encontros oportunizados pela vida e de construir outros, de poder fazer escolhas, trocar afetos, mensagens. Isso implica ter condições de fazer uma (re)leitura de si e do mundo, de (re)posicionar-se subjetiva, cultural, política e socialmente. Essa concepção

[6] Esse modelo, que reformulou e orientou a formação médica norte-americana nas primeiras décadas do século XX, repercutiu de maneira ampla sobre o entendimento de como a assistência à saúde deveria estar organizada. Assentado numa concepção mecanicista do processo saúde-doença, reduzia a causalidade aos fatores biológicos e defendia que o foco de atenção em saúde deveria ser a doença e consequentemente, as práticas curativas.

por si propõe a redefinição do próprio objetivo das ações de cuidado, que deixa de ser a cura, para dar lugar às mais variadas formas de produção de vida, como destacamos anteriormente.

E, esse esforço em conceituar saúde mental é fruto da busca pela superação das definições normatizantes em curso que negam toda sua complexidade. Como assinalam Gama, Campos e Ferrer (2014, p. 72) a saúde mental "além de estar diretamente vinculada à questão do normal e do patológico, envolve a intricada discussão a respeito da loucura e todos os estigmas ligados a ela".

Assim, assentamos nosso debate sobre uma concepção de saúde mental ampliada, voltada à dimensão social, histórica e humana. E, a essa medida compreende-se que o conceito de saúde mental seja amplo demais para ficar como encargo somente da política de saúde (BRASIL, 2010a) e que os cuidados concernentes precisam ultrapassar os implementados por essa política, reivindicando serviços diversificados, criativos, entrelaçados e dispensados por uma rede de pessoas, serviços e instituições que perpassam a vida do sujeito que sofre. Alguns autores como Yasui e Costa-Rosa (2008) vão além e afirmam que o CAPS emergiu sob a égide da transdisciplinaridade e isso implica numa compreensão dos processos de doença/saúde mental que articule saberes na busca de superação dos especialismos. Partindo dessa lógica, os CAPSi

> devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, e que incluem ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos, melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições (BRASIL, 2013a, p. 20).

É a contraposição à histórica aspiração pela prescrição e pela regularidade do trabalho em saúde que aparece, por exemplo, nas tentativas de estabelecer protocolos de ação e procedimentos, inclusive hipervalorizando o consumo de certas tecnologias, se voltando para a lógica instrumental em detrimento das abordagens relacionais como asseveram Franco e Merhy (2005). Os autores colocam que esse seria um dos desafios na atualidade para reorganização do trabalho em saúde, o de construir processos de produção de saúde que superem essa lógica e se tornem referência para os usuários de modo a assegurar-lhes o cuidado que desejam, quando necessitam.

Franco e Merhy (2005) consideram que o trabalho em saúde centrado na técnica, que exalta o uso dos procedimentos e recrudesce as especialidades, dificulta o processo de produção de cuidado porque ao mesmo tempo em que destitui o usuário do processo

produtivo, destitui o próprio trabalhador restringindo sua capacidade de aplicar as vivências pessoais e afetos em favor do seu fazer profissional. Assim, o uso das chamadas tecnologias leves[7], como o vínculo, o acolhimento, que têm por base a integralidade do cuidado e a humanização da assistência, são recursos muito potentes para a reorganização do trabalho em saúde.

Com isso queremos afiançar que saúde não se faz só com mesas e cadeiras, médicos e remédios e que o CAPS não se torna um mero serviço à medida que se constitui como estratégia de produção de cuidados; torna as equipes profissionais e as relações que estas estabelecem com usuário-família-rede, recursos dos mais significativos para os avanços necessários nesse campo.

Posto isso, ratifica-se que o CAPSi não pode ser apenas mais um serviço de saúde e precisa assumir, entre outras, a função de agenciar uma rede mais ampliada de cuidados, dada a polissemia que o caracteriza. Essa rede que vem sendo denominada de intersetorial pressupõe o acolhimento e a potencialização do acesso aos recursos existentes no território, "lugar psicossocial do sujeito, onde a vida acontece" (BRASIL, 2005, p. 13), como condição para o atendimento às demandas em saúde mental. O cuidado passa a ser "uma atitude de responsabilização" onde se tem a "assunção do problema de saúde/necessidades representado pelo usuário como objeto de saúde" (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p. 816-817).

É evidente que essa proposição impetra um novo lugar ao profissional da saúde que sai do "lugar tradicional que é de imposição de uma certa lógica para transformar-se numa espécie de mediador entre comunidade e recursos da sociedade no processo de construção da saúde" como indicam Gama, Campos e Ferrer (2014, p. 79-80).

Essas premissas sustentam a proposta de atenção ou de reorientação assistencial em saúde mental denominada de Atenção Psicossocial. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) nos convidam a refletir sobre a origem do conceito psicossocial que passou a ser adotado no Brasil, principalmente à medida que esses serviços substitutivos foram sendo instalados. Problematizam os termos reabilitação e apoio, dando destaque à preferência pelo termo 'atenção' porque esse envolve as concepções de acolhimento e de escuta.

A Atenção Psicossocial não é um lugar, nem a rede que a compõe pode ser resumida a um conjunto de novos serviços. Não se trata apenas de uma mudança na forma de prestar a

[7] Sobre as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, de maneira sucinta, recorremos à Merhy (2007) que as classifica como: *tecnologias leves* – aquelas tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho, *leve-duras* como aqueles saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, entre outros, e por fim as *tecnologias duras* como sendo aquelas que recorrem a equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.

assistência, mas de um processo de transição paradigmática. Essa nova proposta requer uma transformação estrutural em constante movimento, com a participação de diversos atores sociais, e dada a multiplicidade de interesses e concepções em jogo, sua proposta produz conflitos e exige mediações. A Atenção Psicossocial constitui-se, portanto, um processo social complexo (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001) em que precisam ocorrer, a um só tempo e articuladamente, transformações nos campos teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural. (AMARANTE, 1995, 2007; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Reconhecemos que as transformações teórico-conceituais, e aqui localizamos as produções acadêmico-científicas como teses, dissertações, entre outros, que se propõem a refletir criticamente sobre o saber-fazer saúde mental, compõem o interjogo de forças necessárias que podem contribuir ou dificultar a superação do paradigma psiquiátrico.

Outrossim, ante essa possibilidade, algumas questões nos inquietam: Qual concepção de infância, adolescência e saúde mental infantojuvenil respalda o trabalho das equipes profissionais do CAPSi? Como tem se constituído o diálogo entre CAPSi-Rede-CAPSi? Que demanda chega ao CAPSi e como lidam com ela? Quais estratégias e recursos que potencializam, fragilizam e dificultam o cuidado em saúde mental ofertado pelo CAPSi? Como os profissionais da saúde vêm lidando com uma prática que demanda a superação do modelo manicomial?

Para tanto, tomamos como ponto de partida a experiência de um CAPSi – o CAPSi Pastora Cenita Pinto Vargas, em funcionamento na cidade de Maringá-PR desde novembro de 2011. Essa escolha não foi uma escolha desinteressada. Acompanhamos alguns dos debates sobre a política municipal de saúde mental e não nos passaram despercebidas as dissonâncias ante a proposição da instalação do CAPSi como um serviço[8] importante à rede de atenção psicossocial: deparamo-nos com posicionamentos que iam da alegação de que um CAPSi favoreceria a institucionalização do cuidado até os que alertavam que a própria criação do serviço faria emergir uma falsa demanda, cooperando para o agravamento dos processos de medicalização e psiquiatrização da infância[9]...

---

[8] Além dos CAPS, destaca-se que essa rede de cuidados substitutiva à internação psiquiátrica ainda engloba leitos em Hospitais Gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos, Emergência Psiquiátrica, bem como demanda uma necessária articulação com outras redes – Urgência e Emergência, Atenção Básica, entre outros.

[9] Em síntese o conceito de medicalização diz respeito ao processo de tornar um problema médico, um problema de saúde, aquilo que é da ordem do social, do econômico ou do político, como salientou Illich (1975). Nessa mesma direção, a psiquiatrização da infância envolve o processo de transformar em problema psiquiátrico diferentes manifestações e comportamentos próprios desse momento do desenvolvimento humano.

A população atendida nesse serviço foi composta inicialmente por usuários encaminhados pelo Serviço de Psiquiatria Infantil do Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), que funciona nos moldes de um ambulatório, bem como pelas diferentes Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá. Sobre a demanda aos serviços de saúde mental, observa Burali (2014) que, desde sua inauguração em 1994, o CISAM teve como grande demanda o atendimento aos casos de crianças com dificuldades de aprendizagem, enquanto os casos de sofrimento psíquico graves e persistentes mantiveram como referência o atendimento ofertado pelo Hospital Psiquiátrico da cidade.

As polêmicas que acompanharam a proposição do CAPSi não cessaram com seu processo de habilitação. Sua instalação ocorreu em um dos bairros periféricos da cidade escolhido também para sediar posteriormente o Complexo Integrado de Saúde Mental (CISM) e cuja proposição, conforme declaração do prefeito à época, fazia parte de um "projeto de requalificação do bairro Santa Felicidade, desenvolvido para melhorar a autoestima dos moradores daquela região"[10]. Em que pese aos vários contrassensos dessa afirmação[11], a pesquisa de Burali (2014) desvelou que parte dos trabalhadores da saúde mental do município compartilhava das ideias propagadas pelos gestores, desconsiderando além do princípio da territorialidade, a lógica biomédica e as especialidades que o sustentam, bem como que muitos trabalhadores sequer tinham conhecimento da origem dessa proposta pois estiveram de fora do processo de sua proposição.

Tomamos como lugar de investigação um espaço que apesar da sua recente trajetória, acreditamos, já foi gestado e nasceu permeado de contrassensos e controvérsias. Como exemplo podemos citar que na própria cidade de Maringá-PR, em meio à discussão em nível nacional em favor da desinstitucionalização, inaugurou uma ala psiquiátrica com 12 leitos para adolescentes no Hospital Psiquiátrico da cidade (AGÊNCIA ESTADUAL DE

---

[10] Esse 'Complexo' funciona em uma área de mais de 5 mil m² que abriga conjuntamente três CAPS (CAPS III, CAPSad III e o CAPSi) e ainda prevê uma Unidade de Acolhimento. Originalmente a notícia sobre a construção do CISM foi divulgada em 02-08-2012 no site da Prefeitura Municipal de Maringá, disponível em <http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=1180677e525511&id=17216>. A inauguração que estava prevista para o segundo semestre de 2014, aconteceu em 27 de abril de 2015 quando finalizávamos essa tese.

[11] Araújo (2008 apud MOURA, 2014) desenvolveu uma pesquisa de campo no bairro Santa Felicidade que traz conclusões alusivas que contrastam a afirmação da prefeitura de que tais obras visariam, entre outros, afetar a estima de seus moradores. Para o referido pesquisador esse bairro teria características suburbanas, permeado por problemas, mas também pelas potencialidades reconhecidas pelos seus habitantes. A execução de determinadas políticas em benefício da população deveria ser encarada como direito de todo cidadão e não justificada em argumentos que servem para acirrar estereótipos e preconceitos acerca da pobreza.

NOTÍCIAS, 2008)[12]. Na contramão do reconhecimento e da defesa da prioridade absoluta de crianças e adolescentes, o modelo asilar resiste ao tempo e aos espaços, em detrimento dos esforços que confirmam que é possível cuidar sem segregar.

Em função de todos esses contrassensos e controvérsias, seria o CAPSi protagonista ou coadjuvante no palco dos embates que permeiam a construção de um modo mais humanizado de cuidar, de fazer saúde mental? Seguimos com essa proposta de pesquisa porque acreditamos que, assim como tantos outros, esse CAPSi tem muito a nos dizer.

Há pouco apresentamos a Atenção Psicossocial como um processo social complexo, que pleiteia transformações nos mais diversos campos, entre eles o teórico-conceitual. Essa constatação nos remete pensar a produção do conhecimento como uma ação política. Ciência e política não são excludentes. Saber e poder perpassam nossas práticas intelectuais, pois como diria Hobsbawn (1998), produzimos tanto com as mãos, quanto com a cabeça.

Para que produzimos/pesquisamos? Para quem produzimos/pesquisamos?

Toda ciência é ideologicamente determinada. Mas antes de confundir os conceitos de ciência e ideologia, Patto (1984), por exemplo, propõe uma distinção importante entre esses termos. A autora afirma que a história das ciências tem em comum o fato de seu desenvolvimento se dar por meio de revoluções científicas que resguardam as marcas do momento histórico em que ocorreram. Toda ciência seria, num primeiro lugar, ciência da ideologia que a precedeu. Contudo, uma formação ideológica distinta da ideologia dominante torna possível a libertação do discurso cientifico. Em outras palavras: é preciso romper com essa determinação ideológica e atentar-se para o caráter de ocultação do real que a produção do conhecimento pode ter, corroborando interesses hegemônicos adaptacionistas.

A produção do conhecimento não deve estar apartada do movimento prévio de produção da vida. Não há razão para pesquisar se de alguma forma os frutos desse trabalho não responderem às necessidades humanas, provocando inflexões que se traduzam no alívio da miséria da existência humana, pois essa seria a mais legítima, senão a única finalidade da ciência[13].

Sabemos que esse papel social delegado à ciência vem sendo criticado como sendo uma das grandes falácias da Modernidade. Como assinala Harvey (2007), essa capacidade transformadora da ciência foi alimentada durante o século XVIII pela crença de que o homem

---

[12] Esses leitos de iniciativa/financiamento Estadual vieram atender à época uma ordem judicial para implantação de tratamento para adolescentes usuários de substâncias psicoativas, o que necessariamente não precisaria ser no formato de leito em hospital psiquiátrico.

[13] Parafraseando Bertold Brecht.

produziria a objetividade científica, a moralidade, leis universais e a arte autônoma em favor da emancipação humana. A razão tiraria a humanidade das sombras e o progresso viria como consequência. Todavia, o século XX indicou-nos que o projeto iluminista não se concretizou: duas grandes guerras mundiais, com seus campos de concentração, ameaças de destruição em massa por armas nucleares, a destruição e ameaça de ecossistemas, agressões ao meio ambiente, são algumas das produções humanas que confirmam a falácia do projeto iluminista de conquistar a compreensão do mundo e do homem através da composição de verdades absolutas. A esperança de conquistar o progresso moral, a justiça social e a felicidade, parece ter sido transformada muito mais num processo de opressão universal.

Outrossim, é preciso que se assinale que se sozinha a ciência nunca poderá redimir as mazelas sociais e os problemas de ordem estrutural, tampouco ela deveria ocultar tais mazelas. Que a ciência, nas suas mais diversas expressões, possa ser instrumento mediador da construção da consciência. Consciência entendida, como propõe Martín-Baró (1996, p. 16), como processo em que as pessoas desenvolvem "um saber crítico sobre si mesmas, sobre seu mundo e sobre sua inserção nesse mundo".

Retornando a Vinícius de Moraes:

> *E foi assim que o operário*
> *Do edifício em construção*
> *Que sempre dizia sim*
> *Começou a dizer não.*
> *E aprendeu a notar coisas*
> *A que não dava atenção...*

Que a partir da ciência notemos o que estava ocultado... que o não sobrepuje o sim, que o sim sobrepuje o não... No esteio dessa reflexão, recuperaremos sínteses da nossa memória acadêmica e profissional que além de apontarem as bases de nossas convicções, endossam o itinerário percorrido nesse trabalho.

1.1 SOBRE NOSSA IMPLICAÇÃO OU DOS TANTOS CAMINHOS QUE NOS TROUXERAM À PESQUISA

Mas o que nos lança no horizonte desse presente estudo? O que nos trouxe até aqui ou o que nos faz, em meio a tantas outras possibilidades, estudar sobre a saúde mental infantojuvenil em seus aspectos gerais e as ações de cuidado despendidas pelo CAPSi em particular?

Responder a essas questões implica revisitar nossa trajetória acadêmica e profissional como etapas que se entrelaçam, que são marcadas por continuidades e descontinuidades.

Do ponto de vista acadêmico nosso interesse pelo tema da 'infância' começou a ser delineado ainda no mestrado. Naquela oportunidade (ZANIANI, 2008) buscamos apreender as raízes da proteção social[14] historicamente idealizada para a infância brasileira. Vimos como nas primeiras quatro décadas do século XX, o ideário da proteção resguardava uma relação estreita com a busca de respostas para os conflitos sociais que no Brasil republicano se acirravam. Naquele cenário a infância, sobretudo a desvalida, passava a ser percebida como um problema social e político, delineando assim reivindicações para que o poder público se inserisse na formulação de medidas que preservassem sua força potencial de trabalho, moldassem seu caráter e garantissem com isso o ambicionado desenvolvimento da nação.

Quando nos referimos à infância desvalida, fazemos menção àquelas crianças e adolescentes que, em sua maioria, pertencentes às camadas mais empobrecidas da população, tornar-se-iam alvos das ações tutelares do Estado porque sua desproteção era tomada como sinônimo de ameaça à ordem social vigente. Aos poucos se desvelou para nós como naquele momento histórico muitas ações apareciam revestidas de outras insígnias, indicando-nos que qualquer fenômeno deveria ser analisado em suas contradições, para que fosse compreendido em sua essência e não aparência.

Rememorando algumas passagens da graduação em Psicologia identificamos que já naquele momento havia certa inquietude frente a algumas concepções vigorantes sobre a infância e sobre como se daria o desenvolvimento infantil. Incomodava-nos pensar como esse desenvolvimento e a formação do psiquismo eram retratados por muitas teorias psicológicas como algo natural, cujos padrões fixos de desenvolvimento aparentemente em nada se relacionariam às características, possibilidades e limites da sociedade nos quais essa criança está inserida. Incomodava-nos imaginar que, como psicóloga, estaríamos autorizadas a avaliar e medir facetas desse desenvolvimento em sua perspectiva evolucionista (nos seus aspectos cognitivos, afetivo-emocionais, psicomotores...) como se a criança fosse uma mera porta-voz desse desenvolvimento. Aos poucos se fortalecia a certeza de que era preciso olhar para a infância como uma categoria histórica, cujo significado só poderia ser apreendido se atrelado

[14] Poder-se-ia entender por Proteção Social as formas "às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio, as privações. Incluo nesse conceito, também, tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto os bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas na vida social. Ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades" (DI GIOVANNI, 1998, p. 10).

às relações sociais que ela estabelece, e cujo desenvolvimento só poderia ser compreendido se contempladas as multideterminações do seu processo de constituição.

Uma vez que nem todos se apropriam igualitariamente das possibilidades já existentes para o desenvolvimento do gênero humano, e ainda, se na sociedade capitalista o desenvolvimento de alguns ocorre à custa da maioria, como pensar um padrão predeterminado de desenvolvimento? O que subjaz às definições dos padrões de normalidade? Essas inquietações encontram sustentação nas análises de Marx (1980) que afiança que o gênero humano já teria se tornado amplamente livre e universal, todavia, na vida da maioria dos homens não poderia se verificar nem essa liberdade, nem a universalidade. Essa afirmativa nos indicaria que como gênero humano já teríamos condições suficientes de resolver os grandes problemas que afligem a humanidade, e aqui com destaque às condições que elevam a saúde a um bem social, mas infelizmente nem todos as têm.

Se no campo acadêmico nossa formação dava grande crédito ao estranhamento mais que às verdades absolutas, o caminho da nossa prática profissional não passaria indiferente a inúmeras indagações. Esse caminho foi atravessado com frequência pela infância... Durante quase dez anos trabalhando em municípios de pequeno porte 1[15] como psicóloga e, atuando nas políticas sociais da saúde, educação e assistência social, percebíamos sutilmente o desenhar de uma demanda cujo perfil era bastante peculiar: a maioria pertencia às camadas mais empobrecidas daquelas populações. Não era qualquer infância. Não era uma infância abstrata, a-histórica. Era uma infância forjada a partir de um lugar social que a significava.

Deparávamo-nos com as corriqueiras queixas infantojuvenis: de comportamento e de aprendizagem, de não-adaptação. Crianças e adolescentes cujos comportamentos não obedeciam a padrões socialmente estabelecidos como normais. Em muitos municípios nossa contratação como psicóloga estava atrelada às demandas de instituições e de outros profissionais que entendiam que os males que assolavam aquela infância tinham origem emocional, quando não psicopatológica. É nesse compasso que a história dessa tese começa a ver sua especificidade se delinear.

Algumas passagens mantêm-se vivas na memória. Delas faremos uso visando aproximar o leitor da motivação da proposta desse trabalho de doutorado.

Recém-contratada para trabalhar como psicóloga pela Secretaria de Saúde em um dos referidos municípios, recebemos uma lista com mais ou menos doze nomes. Eram nomes de meninos entre 10 e 15 anos, que aguardavam por tratamento psicológico como medida

[15] Por município de 'pequeno porte 1' entende-se aqueles com população de até 20.000 habitantes.

protetiva indicada pelo Conselho Tutelar. Alguns deles tinham acumulado encaminhamentos para outras especialidades médicas como neurologia e psiquiatria[16].

Naquele momento, a visão de homem e de mundo que assumimos, permitia que nos questionássemos: como compreender e intervir sobre aquela demanda? Quem se beneficiaria de nossa prática? Essa prática reproduziria ou problematizaria a ideologia dominante?

Apesar da pouca experiência profissional à época, a inclinação ao estranhamento, própria dos psicólogos formados no ardor do debate do compromisso social da profissão[17], nos dizia que havia algo que estava passando inelegível naqueles encaminhamentos. Após estreitar o diálogo com as famílias, com outros profissionais e instituições que acompanhavam concomitantemente aqueles meninos, soubemos que algumas queixas como a do cometimento reiterado de pequenos furtos, tinha a mesma motivação: os pequenos furtos permitiam a incursão na sociedade do consumo e numa outra rede de relações, já que garantiam o dinheiro necessário para que aquelas crianças e adolescentes acessassem a internet disponível na única *lan house*, à época, em funcionamento no município. A suposta origem psicopatológica do desvio era preenchida aos poucos por explicações de outras ordens: econômicas, socioculturais, relacionais...

A essa história vieram se somar tantas outras. E a partir delas, ou melhor, dos encontros que enredavam essas histórias, que pudemos tecer nossa própria história e se "toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas"[18], estas crianças e adolescentes nos ajudaram a compreender que há sempre a possibilidade da produção de outros encontros e de outros caminhos. Caminhos diferentes daqueles que culminaram na institucionalização justificada como única resposta, sem levar em consideração as perdas muitas vezes irreparáveis decorrentes do encarceramento e da exclusão. Histórias de crianças e adolescentes que retornaram de seus encaminhamentos médicos trazendo no bolso um diagnóstico que os classificava como portadores de Transtorno de Conduta, Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), entre

---

[16] O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, legislação vigente para infância e adolescente prevê dois tipos de medidas que podem ser imputadas pelos órgãos competentes (Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Adolescência): a protetiva e a socioeducativa. A primeira diz respeito àquelas medidas que são aplicáveis ante a ameaça da violação dos direitos da criança e do adolescente, e entre as medidas protetivas está previsto encaminhamento para tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico. Já em se tratando especificamente das medidas socioeducativas estas são endereçadas ao adolescente quando esse for agente violador dos direitos (BRASIL, 1990).

[17] O tema do "compromisso social" ganhou mais destaque em finais da década de 1990 nos debates sobre a profissão passando a vincular a categoria ao plano político alvitrando a urgência de uma profissão comprometida com a realidade social, bem como no campo teórico, produzindo críticas às concepções individualizantes e a-históricas tão presentes na Psicologia, como assinala Yamamoto (2007).

[18] Canção de Gonzaguinha "Caminhos do coração".

outros. Mesmo identificando claramente que muitas daquelas crianças e adolescentes foram, ao longo de suas trajetórias de vida, expropriadas de quaisquer possibilidades de desenvolvimento, nenhum detalhe dessa expropriação era registrado em seus prontuários e isso parecia na verdade pouco importar.

Mais estranho ainda foi perceber que essas mesmas crianças e adolescentes, pouco a pouco, conformavam um público potencial para o CAPSi, para os tratamentos psicológicos e psiquiátricos. Essa seletividade nos sinalizava o quanto ainda há muito por avançar e alinhar os "conceitos e a parceria entre profissionais da saúde e do campo de defesa dos direitos [...]" (BRASIL, 2013a, p. 8). Sinaliza-nos que não podemos nos cansar de estranhar.

Benevides (2005) nos convida a refletir sobre como a psicologia pouco tem se preocupado com a saúde pública e com os modos de inserção que extrapolam o nível individual. Afirma a autora que até mesmo a psicologia social tem mantido a divisão social-individual e os discursos sobre o sujeito são acompanhados de um processo de despolitização. Ao colocar a centralidade das suas ações no sujeito, separar realidade interna da externa, colocar de um lado o sujeito/indivíduo e de outro o social, o desejo, a política; nossas práticas abstraem o sujeito do contexto e tomam suas expressões como produtos universais apriorísticos. Essa dicotomia histórica tem posto

> [...] de um lado, o Sistema Único de Saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos, como conquista garantida pela lei, pela Constituição e, de outro, os processos de produção de subjetividade. Aqui, me parece, há uma pista importante para seguirmos, pois é a partir da fundação da Psicologia nestas dicotomias que o individual se separou do social, que a clínica se separou da política, que o cuidado com a saúde das pessoas se separou do cuidado com a saúde das populações, que a clínica se separou da saúde coletiva, que a Psicologia se colocou à margem de um debate sobre o SUS (BENEVIDES, 2005, p. 22).

Com vistas a responder antigos questionamentos, amadurecer nosso posicionamento enquanto docentes e aproximar saberes e práticas no compromisso da psicologia com o SUS, realizamos a pesquisa que se materializa aqui no formato de uma tese de doutoramento. Doravante, sistematizamos e organizamos intencionalmente um percurso para esse trabalho, dividindo nossas reflexões para além dessa seção de apresentação inicial, outras cinco seções, acrescidas das considerações finais.

Assim, na segunda seção propomos localizar a pesquisa no horizonte maior de nossa escolha – tanto temática quanto teórico-metodológica – trazendo reflexões sobre alguns impasses identificados para a consolidação da lógica da Atenção Psicossocial. Essas dificuldades englobam desde a vagarosidade da expansão e falta de articulação da rede existente, a insuficiência de pesquisas nesse campo em específico, bem como o próprio teor

das pesquisas comumente realizadas. Procuramos olhar para a incursão dessa proposta, explicitando nossos objetivos e reconhecendo como a proposição das políticas sociais públicas – entre elas a de saúde mental – não é feita desinteressadamente.

A terceira seção intenta clarificar sobre qual concepção de infância repousa a discussão que nesse estudo propomos realizar. Prosseguimos discutindo alguns dos vieses que constituem o que é considerado desviante/anormal nos territórios da infância e da adolescência, abrindo espaço para a problematização da medicalização e a psiquiatrização dos comportamentos infantojuvenis na atualidade. Também alçamos um lugar de destaque à historicidade das políticas de saúde mental e finalizamos o capítulo tecendo considerações sobre alguns fundamentos do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e o lugar da infância e da adolescência nesse movimento.

Na quarta seção damos destaque ao que demarca o cuidado ao sofrimento psíquico na lógica da Atenção Psicossocial e que delega ao CAPSi um mandato que extrapola o clínico e adentra os campos político e social. Adentramos a discussão acerca da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o lugar que o CAPSi ocupa nessa construção, inserindo informações sobre o *lócus* da nossa pesquisa. Caracterizamos por conseguinte a rede na qual o CAPSi está inserido não perdendo de vista que esta não se encerra nos serviços e ações dispensadas pelos profissionais da saúde, envolvendo diversos atores e espaços múltiplos e diferentes políticas setoriais.

Na quinta seção apresentamos reflexões enredadas no curso da pesquisa. Empreendemos essa tarefa apresentando inicialmente o perfil da clientela encaminhada ao CAPSi, as instituições que mais encaminham, com quais queixas os usuários chegam, e ainda, qual desdobramento tiveram seus casos depois de terem sido encaminhados ao CAPSi. À essa caracterização somaram-se às informações desprendidas por meio da observação participante e da realização dos Grupos de Discussão (GD), mediando a análise das concepções que demarcam a constituição do CAPSi como espaço que encarna o mandato de cooperar com a construção da lógica da Atenção Psicossocial. Enlaçado por numerosas questões que inscrevem seu modo de efetivar o cuidado em saúde mental, refletimos sobre o CAPSi como um espaço atravessado por potencialidades e resistências que o colocam perante o desafio de não se reduzir a um mero serviço.

Por fim, apresentamos as reflexões finais desse trabalho. São (in)conclusões sobre um campo em movimento e em permanente (des)construção. Reconhecemos que o CAPSi na sua intersecção com a proposta da Atenção Psicossocial necessita superar a lógica ambulatorial, agenciar o trabalho intersetorial, fomentando espaços institucionais e políticos de interlocução

mais horizontalizados. Para (re)significar as concepções de saúde mental e cuidado precisa coabitar o território, promovendo o acesso aos variados recursos, bens e serviços, ampliando as possibilidades de trocas afetivas e sociais e a partir destas, contribuir para o (re)posicionamento subjetivo, cultural, político e social daqueles que já na infância e adolescência respondem pela insígnia de 'usuários da saúde mental'.

Esperamos que com o percurso aqui idealizado possamos não apenas descrever passos do estudo realizado, como também parte das exigências do doutorado. Se as transformações possíveis e identificadas no campo da saúde mental brasileira nos informam do compromisso ético-político com a luta por sociedade mais justa e democrática, que nossas reflexões possam se somar ética e politicamente a tantas outras, contribuindo para o publicizar dos atravessamentos, impasses e possibilidades do fazer saúde mental em consonância com o SUS e sem perder de vista seu ideário socializador.

2 **O PERCURSO ESCOLHIDO**

A vida é feita de escolhas.
Quando você dá um passo à frente,
inevitavelmente alguma coisa fica para trás
Caio Fernando de Abreu

Nessa segunda seção propomos falar de escolhas. É claro que outras escolhas possíveis ficaram para trás. Aqui localizamos a pesquisa no horizonte maior de nossa escolha – tanto na temática quanto na orientação teórico-metodológica – trazendo reflexões sobre alguns impasses identificados para a consolidação da proposta da Atenção Psicossocial. Escolhemos falar de dificuldades que englobam desde a vagarosidade da expansão e falta de articulação da rede existente, a insuficiência de pesquisas nesse campo em específico, bem como do próprio teor das pesquisas comumente realizadas. Procuramos olhar para a incursão desta proposta de estudo, explicitando nossos objetivos e reconhecendo como a proposição das políticas sociais públicas – entre elas a de saúde mental – não é feita desinteressadamente, e responde ao movimento mais amplo de nossas buscas.

2.1 CONTEXTUALIZANDO O PESQUISAR, OS OBJETIVOS E A METODOLOGIA

A história revela que o enredo da saúde mental infantojuvenil também vem exigindo do Estado, das políticas setoriais, dos profissionais da saúde e dos intelectuais que se debruçam sobre o tema, um posicionamento ético-político. Aqui identificamos escolhas. No compasso dessa escrita guiada pelos fatos históricos, as ações em saúde mental voltadas para o público infantojuvenil ganharam, ao longo do tempo, contornos ora de prevenção, ora de um projeto maior de conserto, discutidos, quase sempre, a partir de leituras lineares, evolucionistas e previsíveis de desenvolvimento humano.

Ao questionamento sobre a institucionalização da loucura do adulto que vinha há tempos sendo discutida somar-se-á no final do século XX a razoável necessidade de construção de um projeto de atenção em saúde para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que não estivesse descolado das premissas do SUS.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica ao problematizar as práticas de confinamento e exclusão social da pessoa em sofrimento psíquico como terapeuticamente inapropriadas, sustentará a bandeira da desinstitucionalização como um processo permanente e imperioso de

reflexão e crítica sobre o modo como, não só os serviços, mas toda a sociedade se relaciona à loucura. Todavia, em solo brasileiro, como ressalta Tenório (2002), até a década de 1970 questionavam-se somente os excessos ou os desvios do asilo e da psiquiatria e não os seus pressupostos. Apenas a partir da década seguinte assistiremos a um coadunar de esforços entre esse movimento e outro que o antecede, o Movimento Sanitário, que travando uma verdadeira luta por mudanças estruturais no sistema de saúde público, tomando saúde como sinônimo de cidadania, teve como sua maior conquista, ao final da década de 1980, a criação do SUS.

No campo da Atenção Psicossocial algumas experiências institucionais que foram consideradas inovadoras e bem-sucedidas, como as dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) em Santos/SP e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo/SP[19], acabaram por fortalecer na década de 1990 o processo da Reforma Psiquiátrica. Os primeiros CAPS constituíram-se como espaços intermediários entre a hospitalização.

Luzio e L'Abbate (2006) tomando como referência essas experiências exitosas das cidades de Santos e São Paulo, bem como a de Campinas, creditam as conquistas alçadas à assistência em saúde mental ao comprometimento que a gestão desses municípios manteve com os projetos consonantes com os preceitos da Reforma Psiquiátrica que propunham superar o modelo manicomial vigente. A esse compromisso da gestão, lembram as autoras, se somava também a implicação das equipes dos serviços e a organização dos próprios usuários, tornando possível a produção de mudanças no modo de atenção vigente.

O caminho se fazia no caminhar. Foi no encontro com o sofrimento e a demanda que o cerne do trabalho/serviço foi sendo reformulado (YASUI, 1989) e no seu processo de implementação, institucionalizou-se somente posteriormente com sua regulamentação e ampliação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico[20].

Sobre o lastro desse movimento trataremos mais especificamente na seção 3.4. Para esse momento queremos sinalizar que a Reforma Psiquiátrica constitui parte de um processo social complexo que não transcorreu e não transcorre naturalmente, nem se manteve salvaguardado de concepções conflitantes e resistências diversas. Se nas últimas décadas do século XX os ventos favoráveis à Reforma Psiquiátrica sopraram com mais entusiasmo, no alvorecer do século XXI vimos serem publicizados outros tantos desafios.

---

[19] O primeiro CAPS do Brasil recebeu o nome de CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva, e surgiu em 1987, na cidade de São Paulo. (BRASIL, 2004b)

[20] Sobre as leis que compõem a regulamentação do Movimento da Reforma Psiquiátrica, portarias e orientações do Ministério da Saúde no período de 1990-2004, consultar Brasil (2004a).

Como alerta Vasconcelos (2010, p. 9-10), existem "problemas graves, com sérios riscos de regressão no atual processo gradual de avanço e conquistas" e muitos desses problemas seriam de ordem estrutural como o "próprio processo de construção de políticas sociais universais em países periféricos e semiperiféricos como o Brasil, em contexto de políticas neoliberais". Para o autor, o desinvestimento progressivo do Estado nas políticas sociais; agravamento do desemprego e precarização dos vínculos de trabalho; aumento da miséria e da violência; bem como a lentidão na expansão da rede de serviços substitutivos que não responde às novas e crescentes demandas de saúde e saúde mental da população, gerada por esse conjunto de processos políticos e sociais, seriam apenas alguns dos problemas graves que acenam para uma ameaçadora regressão.

A expansão essencialmente lenta dos serviços aparece no formato de denúncia que comprovar-se-ia pela prioridade dada pela Reforma Psiquiátrica ao atendimento voltado ao público adulto, enquanto as conquistas na área da criança e adolescente seriam pouco visíveis. Para se ter uma noção quantitativa dessa incongruência, enquanto a implantação dos CAPS para adultos teria aumentado 246% entre os anos de 2006 e 2010, os CAPSi teriam sido expandidos em apenas 8%[21]. Em 2011 os CAPSi distribuídos por todo o Brasil totalizavam 122 unidades (BRASIL, 2011) e segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES[22]– em maio de 2012, esse número alcançava 157 unidades.

Acrescido à vagarosidade da expansão da rede, vários outros entraves são apontados como dificultadores para a implementação da Política Nacional de Saúde Mental. Estudos anteriores à própria regulamentação dos CAPS já afiançavam que além da expansão da rede de serviços, existe a necessidade da adequação e articulação da mesma (BOARINI; BORGES, 1998).

Há muito que se investir em pesquisas, na avaliação da qualidade e no monitoramento dos serviços existentes (RIBEIRO; PAULA, 2013). Sobre as pesquisas, Hoffmann; Santos e Mota (2008), por exemplo, chamam a atenção para o número reduzido de publicações acadêmico-científicas sobre os problemas de saúde mental na infância e adolescência, arrolando-o como obstáculo para a efetivação de uma política pública condizente com a

---

[21] Trata-se de uma notícia veiculada na mídia, onde Carmen Oliveira, a então subsecretária Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, criticou publicamente o descaso histórico, segundo ela, do Estado para com a elaboração de uma política de saúde mental infantojuvenil (NOTÍCIAS, 2010).

[22] Alguns trabalhos problematizam o uso dos dados estatísticos gerados pelos bancos de dados oficiais e sua confiabilidade enquanto instrumento capaz de aferir sobre uma dada realidade, como afirma Spanemberg (2011). Lembramos que a alimentação inadequada e a desatualização do sistema podem incorrer em distorções significativas impedindo o acesso à realidade que se pretende conhecer e que no nosso caso, não temos nesse trabalho como dimensionar a veracidade dessas cifras.

realidade brasileira. Essa baixa produtividade teórico-conceitual sinaliza lacunas que justificam a viabilidade do estudo aqui proposto.

Outrossim, esses apontamentos nos levam a ponderar sobre a natureza das pesquisas que, ainda que incipientes, estão sendo desenvolvidas. Não há ausência total de estudos. Há a prevalência de estudos médicos, pautados nas dimensões epidemiológicas das demandas para instituições de atendimento, metodologias quantitativas, de caráter descritivo, como apontaram Benetti et al. (2007) como uma constante quando da revisão de artigos que articulavam os temas adolescência e saúde mental. Essa constatação é reiterada no estudo de Ribeiro et al. (2010) que por meio de um levantamento sobre como o tema da saúde mental infantojuvenil aparece na produção bibliográfica recente, observou a prevalência de relatos de pesquisas epidemiológicas que privilegiam a análise quantitativa de alguns aspectos[23]. Essas observações levantam a reflexão sobre como as produções teórico-conceituais ao não privilegiaram a perspectiva da Atenção Psicossocial e entrelaçando-se a outras questões, acabam por contribuir para que a leitura biomédica sobrepuje qualquer ensaio de uma compreensão mais ampla acerca do sofrimento psíquico.

Acerca da rede de atenção em funcionamento, Hoffmann et al. (2008) ponderam que pouco se sabe sobre a utilização dos serviços de saúde mental pela população infantojuvenil, o que para os autores acaba por dificultar o planejamento das ações futuras na esfera da saúde pública. A avaliação e o monitoramento dos serviços existentes vêm sendo apontado como outro desafio que precisa ser equacionado e enfrentado (RIBEIRO; PAULA, 2013). Se de um lado vimos crianças e adolescentes usuárias dos serviços de saúde mental ainda padecerem pelo número reduzido de serviços ambulatoriais, porta aberta e de base comunitária ofertados, de outro, esse sofrimento é potencializado pela conservação de práticas secularmente apontadas como segregadoras e de ações que não privilegiam sua (re)inserção social. Em outras palavras, se existe reconhecidamente a necessidade da ampliação dos serviços, a existência do serviço por si não garante uma assistência que destoe da manicomial.

O cuidado em saúde mental infantojuvenil é um cuidado marginal. É um cuidado sobrepujado, que parece, a nosso ver, não agenciar prioridade nas agendas políticas.

Após mais de uma década da criação dos CAPS propomos com esse trabalho analisar as ações de cuidados em saúde mental no CAPSi e sua intersecção com a lógica da Atenção

---

[23] Gama, Campos e Ferrer (2014, p. 73-74) ao comentarem sobre a limitação dos estudos epidemiológicos acerca dos transtornos mentais afirmam que esses são "estudos transversais que se utilizam de escalas de sensibilidade para determinado número de variáveis que são representadas pela sintomatologia do sujeito. A argumentação é toda estruturada a partir dos números obtidos e não se verifica questionamento a respeito dos instrumentos utilizados na pesquisa".

Psicossocial e, a partir dessa análise, angariar elementos que respondam a ao questionamento: estamos construindo e estruturando uma nova proposta de atenção em saúde mental ou seguimos reproduzindo práticas que apenas tutelam e segregam a despeito do ideário que suscitou o próprio Movimento da Reforma Psiquiátrica?

Assim, de maneira geral escolhemos como **objetivo** refletir sobre a efetivação das ações de cuidados em saúde mental no CAPSi e sua intersecção com a lógica da Atenção Psicossocial. **Especificamente** nossos objetivos consistem em:

- Investigar a concepção de infância, adolescência, saúde mental que norteia as ações dos profissionais que atuam na assistência em saúde mental infantojuvenil;
- Conhecer o público e a demanda de saúde mental que tem sido endereçada ao CAPSi;
- Analisar como os profissionais que atuam no CAPSi, acolhem e lidam com a demanda que emerge das demais políticas setoriais;
- Compreender como tem se constituído o diálogo entre CAPSi-Rede-CAPSi;
- Identificar potencialidades, resistências e fragilidades no processo de construção de um cuidado em saúde mental infantojuvenil consonante com a proposta da Atenção Psicossocial.

Essa pesquisa foi sendo implementada sem pretender predizer aonde chegaria. Isso significa dizer que, ao contrário das pesquisas positivistas, nossa investigação embora tenha mirado algumas estradas, feito algumas escolhas, sempre teve muito claro que o local da chegada era por sua vez incerto.

A indissociabilidade sujeito/objeto do conhecimento e a negação de uma pretensa neutralidade impõem que o ato de pesquisar ainda que estabeleça o interpolar de alguns passos, tenha sua trajetória determinada pelos encontros que a compõe. Foi assim que, inicialmente objetivávamos pesquisar sobre a intersetorialidade enquanto princípio norteador da assistência em saúde mental infantojuvenil, mudando o curso de nossa discussão ao longo da pesquisa e passando a considerar mais a complexidade do cuidado do CAPSi, conforme pondera a Atenção Psicossocial.

A construção do conhecimento se confunde com nossa construção enquanto sujeito-pesquisador-professor. E nas palavras de Sawaia (2009, p. 366) “o que aumenta ou diminui a potência de meu corpo para agir aumenta ou diminui a potência de minha alma para pensar. Dessa flutuação depende a minha força vital de resistência, o que equivale à qualidade ética de minha existência”.

2.2 A ESCOLHA DA ORIENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

Como não poderia ser diferente, nossos objetivos tiveram como norte a Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996) que define as diretrizes e normas para realização de pesquisas com seres humanos, tendo sua proposta aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESP/Assis, parecer n° 379.135 e para sua efetivação contou com a anuência dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Mas a ética aqui referendada não se limita a formalidade de assinaturas em pedaços de papeis. Outrossim, se funda no pressuposto de que, como garantira Marcuse (1966/2009, p. 159), "o cientista é responsável pelas consequências sociais da ciência" e as inflexões decorrentes de nossas análises/conclusões, entendemos, adquirem um "valor social' à medida que "torna-se progressivo ou regressivo, construtivo ou destrutivo, libertador ou repressivo em termos da proteção e melhoramento da vida humana". (MARCUSE, 1966/2009, p. 160)

Como já assinalado anteriormente, as informações impetradas durante nossa investigação foram sendo significadas no entre, no encontro dos diferentes atores sociais envolvidos nesse processo. Assim, o fenômeno que escolhemos estudar – as ações de cuidados em saúde mental no CAPSi – foi orientado pela leitura sócio-histórica, que na Psicologia aborda e compreende o ser humano cuja constituição se faz

> (1) pelas relações sociais de produção e reprodução da vida, (2) por condições históricas e específicas de apropriar-se dos bens culturais e historicamente objetivados, e (3) pela sua ação transformadora no mundo, constituindo-se ao mesmo tempo sujeito e objeto da sua intencionalidade que reflete, necessariamente, interesses e necessidades de classe (VECCHIA; MARTINS, 2006, p. 162).

Essa orientação teórico-metodológica compreende que existe uma relação dinâmica e interdependente entre o mundo real e o sujeito, bem como um vínculo inseparável entre o mundo objetivo e a subjetividade. Logo, ao investigarmos concepções que demarcam as práticas vigorantes no campo da saúde mental infantojuvenil, consideramos que não falamos de categorias isentas, de unidades isoladas de análise, como se elas não compusessem o todo, como se não expressassem os esforços e as contradições da busca permanente do homem em lidar com os desafios da vida e das relações que ele cotidianamente estabelece ao longo de sua história.

Essa história, por sua vez, é entendida como a forma como ele produz e reproduz a vida, como um processo contínuo multifacetado, de criação e transformação, que nunca atinge sua completude e estado definitivo. Assim, afirma Kosik (1976), o homem produz

historicamente sua existência e nesse processo cria também ideias, produz conhecimento. Essas ideias, esse conhecimento, em última instância, expressam as relações recíprocas e contraditórias que esse homem estabelece na sua vida em sociedade. E, como falamos de processualidade, é preciso que se diga, o conhecimento científico é composto por verdades provisórias, que são constituídas processualmente e estão sempre em movimento. Afinal, se houvesse verdades eternas a ciência já teria deixado de existir como processo de investigação e seria meramente um rol de conceitos imutáveis.

E de nós, pesquisador e parte integrante do processo investigativo, foi sendo exigida ética e coerência tanto na seleção e uso dos instrumentos metodológicos, quanto na análise e síntese das informações encontradas. Essa análise exige que façamos o movimento interpretativo, indo sempre do particular ao geral (FREITAS, 2002). Em outras palavras: partindo dessas premissas, entendemos que conhecer a dinâmica de um CAPSi particular viabiliza um entendimento mais ampliado da totalidade enquanto conjunto de fenômenos relacionados em um processo, que produz subjetividade a partir da objetividade da vida material e social.

Essa afirmativa dá significado à nossa escolha que precisa ser localizada no horizonte teórico-metodológico maior que a embasa. Com isso queremos dizer que quando privilegiamos olhar o CAPSi da cidade de Maringá-PR como serviço de referência para esse estudo não significa que lançamos para ele um olhar isolado, particular, no sentido restrito do termo. Em uma pesquisa orientada pela perspectiva sócio-histórica mesmo quando o pesquisador foca o particular, o enxerga como instância da totalidade social. Como alertara Kosik (1976), todo fenômeno deve ser apreendido como um todo parcial e histórico: ao mesmo tempo é particular dada sua especificidade, mas só adquire sentido se sua essência for buscada a partir da totalidade no qual está inserido.

Esse princípio metodológico, como lembra Minayo (1988, p. 70), pressupõe

> [...] buscar a compreensão das conexões orgânicas, isto é, do modo de relacionamento entre as várias instâncias da realidade e o processo de constituição da totalidade parcial; entender na totalidade parcial em análise, as determinações essenciais e as condições e efeitos de sua manifestação.

Logo, a prática da pesquisa não foi criada artificialmente, mas foi ao encontro dessa realidade. As respostas que esse estudo intentou até sua ideação encontrar, foram perseguidas no curso de desenvolvimento e aí se configura um desafio: a realidade não está pronta! É preciso também sinalizar que essas respostas não falam por si. Elas só são dotadas de sentido se consideradas como produção viva da realidade material da qual nós pesquisadores, somos

parte integrante. Não são verdades estabelecidas. Estão em movimento, conformam um processo. Como processualidade, modificam-se. Para ser apreendido precisa ser contraposto, rebatido, (des)construído no exercício diário da nossa inserção ético-política.

Descrever nosso "método" parece paradoxal, uma vez que ele é inevitavelmente explicitado pelos próprios pressupostos teóricos que sustentam nossa investigação. Assim, a pesquisa materializou-se no interjogo das reflexões suscitadas pela reconstrução histórica da política de saúde mental infantojuvenil no Brasil para localizar doravante como o cuidado em saúde mental foi sendo implementado no CAPSi à medida que ele se inscreve num campo de saber e fazer delineado a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Inserimo-nos no campo buscando compreender como tal princípio orienta, demarca e direciona as ações dos profissionais envolvidos com a política de saúde mental infantojuvenil, especialmente do CAPSi, mas não só deste dispositivo. Interessava-nos elucidar que esse campo, real, composto de contradições emanadas do encontro de diferentes atores cujo público que se conforma como usuário tem sua primazia socialmente desenhada.

A partir de levantamento prévio, acessando registros e fontes documentais disponibilizados, identificamos o perfil das crianças e adolescentes encaminhadas para o CAPSi, averiguando quais políticas setoriais, instituições e serviços esses encaminhamentos eram feitos. Atentamos também para os motivos que levam crianças e adolescentes configurarem demanda para atendimento nesse dispositivo da rede de saúde mental e por fim, quais desfechos tiveram estes casos.

Acompanhamos, por meio da observação participante durante o ano de 2013-2014, quatro (4) meses da rotina de trabalho desse dispositivo, participando das reuniões de equipe e, durante (6) seis meses das reuniões, encontros e eventos realizados dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que abarcavam a equipe do CAPSi e profissionais das demais políticas setoriais. Levando em consideração as palavras de Freitas (2002, p. 28), a observação, como um dos recursos mais utilizados em pesquisas qualitativas, não pode se limitar à descrição do singular, mas buscar "compreender como uma coisa ou acontecimento se relaciona com outras coisas e acontecimentos".

Destarte, aproveitando os encontros e os espaços de diálogo que se processavam durante o fazer dos trabalhadores, conhecemos algumas concepções que norteiam muitas das práticas implementadas. Pudemos angariar elementos para refletir sobre as potências e desafios que contribuem para que as ações nesse campo sejam mais ou menos efetivas. Registramos nossas observações em um Diário de Pesquisa como um espaço utilizado por

nós, sujeito-pesquisador, para descrever, refletir e analisar sobre nossas experiências cotidianas no campo[24].

Nossa inserção no campo da pesquisa permitiu que lançássemos mão de outros recursos investigativos, como a realização de Grupos de Discussão (GD). Os GD são apontados como recurso de investigação viável para as chamadas pesquisas qualitativas. Diferente da entrevista grupal, o GD privilegia a conversação entre os participantes e partir do debate de um determinado tema/questão, os diferentes participantes podem apresentar, defender, construir e desconstruir pontos de vista. Trata-se de um recurso de natureza dialógica que reconhece que o processo interacional possibilita, entre outras coisas, que se reconstrua discursivamente o grupo social a que pertence (CALLEJO, 2002).

Como assinala Gonçalves (2005, p. 103), o sujeito se apropria de determinados significados e lhes atribuiu um sentido pessoal e nesse processo, a linguagem "contém registros sociais, produzidos historicamente (significados), mas contém também, os registros pessoais, com dimensões subjetivas correspondentes: ações, cognições, afetos (sentidos)". Em conformidade Smolka (2004, p. 12) acrescenta que os sentidos se produzem "no jogo das condições, das experiências, das posições, das posturas e decisões desses sujeitos", e que esses sentidos resguardam "certa lógica de produção, coletivamente orientada, a partir dos múltiplos sentidos já estabilizados, mas também de outros que vão se tornando possíveis".

Quando o sujeito fala, sua voz carrega "o tom de outras vozes, refletindo a realidade de seu grupo, gênero, etnia, classe, momento histórico e social" (FREITAS, 2002, p. 29). Assim, recursos dialógicos que primam pelo levantamento de informações, podem viabilizar a construção das respostas às perguntas que nos inquietam.

Acreditamos que os GD favoreceram a ampliação de espaços de reflexão sobre o trabalho em saúde na sua interface com a rede de atenção. No total realizamos três grupos, com duração média de 1h30m cada, com os profissionais do CAPSi. Participaram em média dezessete profissionais que foram convidados a discutir sobre determinados temas a partir de questões disparadoras descritas em um roteiro temático (Apêndice A). Contudo, esse temário não esteve fechado e foi sendo flexibilizado, respeitando o arranjo adquirido pela própria dinâmica do diálogo instituído entre o pesquisador-participantes.

---

[24] Embora essa técnica – o uso de Diários de Pesquisa - tenha sido importada inicialmente das chamadas pesquisas etnográficas, Pezzato e L'Abbate (2011, p. 1303) esclarecem que nas pesquisas qualitativas esse recurso "pode estar vinculado a diferentes paradigmas e abordagens teórico-metodológicas, e pode receber diversas adjetivações". Assim, na presente pesquisa o uso do diário possibilitou-nos ao longo do trabalho registrar nossas impressões acerca das concepções de fazer saúde mental no CAPSi, as potências, resistências e fragilidades inscritas a partir da materialidade da sua existência.

Leontiev (1975) nos coloca que na produção da vida material o homem produz também a linguagem que serve a ele não como via de comunicação, mas como porta-voz dos valores sociais criados pelos próprios homens e que nela se manifestam. Procuramos dialogar com os sujeitos da *práxis*, aqueles que vivenciam cotidianamente a experiência do encontro com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e se responsabilizam por seu cuidado.

Aguiar e Ozella (2006) propõem como recurso metodológico para análise das informações reunidas ao longo da pesquisa a utilização de "núcleos de significação"[25]. Esses núcleos nos permitirão apreender, mediante a organização e a análise, os sentidos atribuídos pelos profissionais à infância/adolescência e saúde mental, além de permitir o acesso às significações atribuídas à realidade do trabalho em equipe e com rede intersetorial, como acolhem e respondem às demandas a eles endereçadas, bem como quais estratégias e recursos potencializam e ou fragilizam/dificultam a interseção do cuidado em saúde mental ofertado pelo CAPSi com a lógica da Atenção Psicossocial.

Discutir saúde mental infantojuvenil demanda revisitar concepções e práticas que foram histórica, social e culturalmente construídas, e reconhecer qual tem sido nosso compromisso ético-político com aquelas crianças e adolescentes que, em condição peculiar de desenvolvimento, já carregam o peso do estigma da anormalidade.

Esse compromisso ético-político nos faz igualmente problematizar a própria função que as políticas sociais assumem na contemporaneidade. Localizando-as no processo histórico de sua criação, as chamadas políticas sociais se fortaleceram à medida que alçadas como resposta do Estado para a recuperação dos países devastados no período que se sucede à Segunda Guerra Mundial. O chamado "Estado de Bem-Estar Social", "Welfare State" ou Keynesianismo configura-se naquele período como uma proposta da corrente econômica apontada por John Maynard Keynes (1883-1946) que definirá o Estado como o agente econômico regulador do mercado. Caberia ao Estado destinar parte da tributação em investimentos, entre os quais as políticas sociais se materializariam.

As primeiras décadas do século XX testemunharam em uma perspectiva global, a primeira grande crise do Capital. Fatos históricos como a I Guerra Mundial e a queda na Bolsa de Nova York – em 1929, legitimavam o dever do Estado como ordenador econômico e formulador das políticas sociais. Como bem definiu Abranches et al. (1994) a política social seria um conjunto de medidas que o Estado adotaria para minimizar os conflitos entre as

---

[25] Esclarecemos que nos inspiramos parcialmente nessa proposta como alternativa para organização/síntese do material elaborado no curso da pesquisa. Caso o leitor deseje aprofundar essa discussão, outras informações sobre essa proposta metodológica encontram-se em Aguiar e Ozella (2006).

classes, buscando compensar custos, aliviando o mal-estar e os efeitos perversos decorrentes do processo de acumulação do Capital. Assim, as políticas sociais seriam uma resposta à questão social- expressão dos problemas políticos, sociais e econômicos que emergem da contradição capital-trabalho no processo de constituição da sociedade capitalista (YAMAMOTO, 2007). Desta feita, as políticas sociais

> [...] são mecanismos historicamente determinados para produzir e reproduzir a força de trabalho. São também instrumentos de legitimação da classe dominante, em virtude da sociedade capitalista ter estabelecido seu contrato social entre indivíduos desigualmente posicionados na estrutura de produção. Portanto, as políticas sociais resultam de interesses específicos e contraditórios que se alteram nos diferentes momentos históricos (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 5).

A substituição de um modelo político cujo mercado é quem dita as regras, para um em que o Estado passa a ser o regulador como propunha o Estado de Bem-Estar Social, não ocorre sem resistências[26]. É preciso assinalar que no bojo das contradições de uma sociedade marcada por extremas desigualdades sociais e regionais, como a brasileira, as políticas sociais prenunciariam uma pseudo-diminuição da condição de vulnerabilidade dos que vivem processos e situações reiteradas de exclusão social, intermediando o acesso aos chamados mínimos sociais[27]. Mas, sendo a política social um dos braços do Estado, poderia ela tamanha proeza?

Porquanto os avanços científicos e tecnológicos recentes não traduzam por si em melhoria das condições de vida da população e não estejam acessíveis à maioria dos brasileiros, somos cônscios de que nenhuma política, tampouco a prática de uma categoria profissional específica e a produção teórica de uma área do saber têm o poder de, isoladamente, produzir mudanças estruturais.

Ainda assim valemo-nos da certeza de que, como salienta Marcuse (1966/2009, p. 164), a ciência

> [...] como um esforço humano continua a ser a mais poderosa arma e o instrumento mais eficaz na luta por uma existência livre e racional. Esse esforço estende-se para além do estudo, além do laboratório, além da sala de aula, e visa à criação de um

---

[26] Após a década de 1960 dada a instabilidade econômica e os altos índices de inflação enfrentados pelos países capitalistas, essa teoria passa a ser contestada, sobretudo após 1970, pelas empresas que não conseguiram os lucros vislumbrados. A interpretação decorrente foi a de que seriam os encargos sociais do Estado de Bem-Estar Social que estariam promovendo essa desestabilidade. Progressivamente, abrirá caminho para o que ficou conhecido como liberalismo, e posteriormente, neoliberalismo, apregoando um Estado que interviesse minimamente no mercado, reivindicando também o retorno ao modelo de Estado mínimo no que tange o financiamento do que é público. (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002)

[27] Entre os mínimos sociais poder-se-ia citar a alimentação, condições de moradia, higiene, bem como a educação e a saúde.

> ambiente, tanto social quanto natural, no qual a existência pode ser libertada de sua união com a morte e a destruição. Tal libertação não será um objetivo externo ou subproduto da ciência, mas antes a realização da própria ciência (MARCUSE, 1966/2009, p. 164).

Outrossim, o ato de pesquisar/produzir conhecimento pode constituir-se ferramenta por meio da qual o pesquisador ao acessar as mediações de uma dada realidade revela suas particularidades. Essa revelação pode forjar um novo sentido às explicações que estão postas, contribuindo para que outras mediações possam surgir. Essa é nossa escolha. É nessa aposta que a produção desta tese insiste em investir.

3 INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E A EMERGÊNCIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Nessa seção nossa intenção é clarificar sobre qual concepção de infância repousa o estudo que propomos realizar. Discutimos alguns dos vieses que constituem o que é considerado desviante/anormal nos territórios da infância e da adolescência, abrindo espaço para a problematização da medicalização e a psiquiatrização dos comportamentos infantojuvenis na atualidade. Também alçamos destaque à historicidade das políticas de saúde mental e finalizamos a seção tecendo considerações, a partir dos fundamentos do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, sobre o lugar que resta à infância e adolescência nesse movimento.

3.1 POR UMA CONCEPÇÃO MENOS NATURALIZADA DE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A criança que fui chora na estrada.
Deixei-a ali quando vim ser quem sou;
Mas hoje, vendo que o que sou é nada,
Quero ir buscar quem fui onde ficou...
Fernando Pessoa

Quando o poeta recorda a infância, parece lembrar-se de um tempo para onde todos indiscriminadamente desejam voltar. Mas será que esse saudosismo bucólico a todos se pode aplicar? Que tempo é esse? De qual ponto partimos quando nele nos pomos a navegar?

Tomando o recorte cronológico, por exemplo, incorremos nos riscos que essa escolha suscita. Nem mesmo as leis que orientam juridicamente as políticas sociais parecem acordar sobre quais seriam os limites etários que comporiam o tempo da infância e da adolescência. Nem mesmo os limites etários são usados consensualmente e para os termos criança e adolescente, por exemplo, existe uma diversidade de definições. Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança que data de 1959, criança é apresentada como toda pessoa até 18 anos de idade, ou seja, a palavra *criança* é adotada para nomear todo o tempo infantojuvenil. Por seu turno, o Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS, para a qual criança é toda pessoa que tem entre 0 e 9 anos de idade completos e adolescente os que têm entre 10 e 19 anos completos. Essa divisão tem sentido a partir das especificidades de saúde de cada público, alinhado ao perfil epidemiológico de cada

população (BRASIL, 2013a). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)[28] considera criança a pessoa de até 12 de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade incompletos.

Socialmente convencionadas essas definições convivem e atravessam os diferentes espaços do nosso ordenamento sociocultural atualmente: até os 2 anos a alimentação prioritária deve ser o leite materno; aos 5 anos o sujeito deve iniciar seu processo de alfabetização formal; aos 18 está apto a habilitar-se para dirigir... Esses recortes cronológicos ao ampliarem ou restringirem um tempo para a infância e outro para a adolescência, abonam atributos universais, passíveis de generalização.

Mas, afinal o que seria a infância? O que seria adolescência?

O Dicionário Aurélio definirá a infância como um período de crescimento, no ser humano, que vai do nascimento até a puberdade. A adolescência por sua vez aparece definida como um período de transição entre a juventude e a idade adulta, uma fase que se inicia após a puberdade. Na sua origem etimológica, infância vem do latim *in-fans*, que significa "sem linguagem". Assim, segundo o mesmo dicionário, criança seria o "ser humano de pouca idade" e ainda "pessoa ingênua".

Como assevera Pinto e Sarmento (1997) tanto o discurso comum quanto as produções científicas são permeados por diferentes posicionamentos no que tange ao esforço de uma possível conceituação. De tal feita que enquanto "uns valorizam aquilo que a criança já é e que a faz ser, de fato, uma criança; outros, pelo contrário, enfatizam o que lhe falta e o que ela poderá (ou deverá) vir a ser" (PINTO; SARMENTO, 1997, p. 33). Por outro lado, existem também os que "insistem na importância da iniciação ao mundo adulto; outros defendem a necessidade da proteção em face a esse mundo. Uns encaram a criança como um agente de competências e capacidades; outros realçam aquilo de que ela carece" ((PINTO; SARMENTO, 1997, p. 33).

E por que nos interessa adentrar no teor dessa discussão? A veiculação de discursos que relacionam crianças e adolescentes ora à condição de incompletude e inocência, ora à condição de vulnerabilidade e inaptidão, nos convida a refletir sobre qual concepção de infância tem sustentado as ações de cuidado em saúde mental voltadas à infância e adolescência na contemporaneidade. Aqui nos interessa particularmente destacar aquelas concepções que sobrepujam as políticas de saúde mental e que de tão naturalizadas,

[28] Antes do ECA (BRASIL, 1990) a legislação vigente era o Código de Menores (CIESPI, 2008) datado de 1927. Em 1979 um grupo de juristas a pedido do governo reviu a lei, instituindo uma perspectiva mais repressora, dada a preocupação à época com a ameaça à ordem vigente. No Código de Menores, criança era todo aquele menor de 18 anos.

impossibilitam-nos definir como agir sobre essa criança e esse adolescente segundo afirmam Hillesheim e Guareschi (2007, p. 81), ao mesmo tempo em que "enunciam sobre a relação que se estabelece entre adultos e crianças".

Entre os filósofos que mais reconhecidamente propagaram a concepção natural de infância está Jean Jacques Rousseau (1712-1778). Em suas obras, o autor expressa a ideia de que a criança nasceria boa por natureza, sendo corrompida posteriormente pela sociedade civilizada. Gonçalves (1986) ao trabalhar o artifício do natural na construção da concepção rousseauniana de infância, assinala que o filósofo entendia que a criança teria determinadas necessidades e que haveria um modo particular de cuidados para o adulto auxiliar na satisfação dessas necessidades. O homem, dirigido pelas leis da sua própria natureza, seria antes de ser degenerado pelo meio, naturalmente inocente, desapaixonado e feliz, logo, para desenvolver-se precisaria ter garantidas as condições de liberdade e igualdade de oportunidades.

Rousseau inaugura um modo de olhar para a relação adulto-criança e delineia à infância e à sua capacidade inata de ser formada, a possibilidade de uma educabilidade que não pode desnaturalizá-la, nem consumi-la em sua pureza. A partir da leitura rousseauniana far-se-á uma inversão "desconfia-se da razão e confia-se ilimitadamente na natureza, que passa a ser, paradoxalmente, germe do progresso" (ZUQUIM, 2001, p. 40).

É preciso lembrar que a infância pensada como fase peculiar do desenvolvimento humano, que possui características e necessidades distintas, para autores como Ariès (1981) só teria se tornado possível na Idade Moderna. Até aquele momento histórico a função da criança na sociedade seria semelhante a do adulto, seus trajes e demais atividades também. Afirma o autor que em diferentes classes sociais logo que a criança superava a faixa mais propensa à mortalidade, ela era colocada na casa de outra família para que aprendesse os ofícios dos mais velhos. Desta feita, a criança exercia um papel produtivo direto, tornando-se útil à economia familar e cumprindo assim uma função na sociedade.

Ariès (1981, p. 162) comenta que foi "[...] entre os moralistas e os educadores do século XVII que se viu formar outro sentimento da infância". Foram estes que preocupados com a disciplina e a racionalidade dos costumes, inspiraram "[...] toda a educação até o século XX, tanto na cidade como no campo, na burguesia como no povo" (ARIÈS, 1981, p. 162). Assim, "[...] através do interesse psicológico e da preocupação moral" (ARIÈS, 1981, p. 162), em finais do século XVII e início do século XVIII, o surgimento da escola contribuiria para modificar a concepção de criança na sociedade ocidental, uma vez que os educadores se achariam responsáveis por fazer da criança uma pessoa honrada e racional.

Este sentimento de infância, conforme Ariès (1981), expressa o reconhecimento de que existe uma particularidade infantil, e dele decorrem duas atitudes em relação à criança: a paparicação e a moralização. A primeira representa a concepção de criança como um ser ingênuo e inocente, devendo, por isso, ser preservado da corrupção do meio. De modo simultâneo, surge a atitude de moralização que atribui imperfeição e incompletude, fortalecendo a ideia de que é preciso educá-la e moralizá-la a fim de que se torne uma pessoa honrada. Aparentemente contraditórias essas duas atitudes balizam, como elucida Kramer (1982), a concepção moderna de infância.

À criança estava demarcado um tempo chamado *infância.* Esse tempo passou a ser compreendido em face a seus elementos e contornos e a demandar matizes peculiares. Cabe destacar que, se Ariès (1981) se deteve na análise da infância burguesa e aristocrática da Europa Ocidental no período abrangente dos séculos XV e XVIII, outros estudos, inclusive no campo da historiografia brasileira, vêm apontando perspectivas distintas àquelas empreendidas por tal autor. Kramer (1996), por exemplo, destaca que Ariès trouxe contribuições inegáveis para os estudos sobre a infância quando localiza as mudanças na sua concepção como "eco da própria mudança nas formas de organização da sociedade" (KRAMER, 1996, p. 19) e admite que a divergência maior em relação aos estudos de Àries se daria principalmente porque o mesmo teria dado "preferência à singularidade em detrimento de uma dimensão de totalidade para a história" (KRAMER, 1996, p. 18).

Nesse interjogo, questiona-se a transposição abstrata e linear das interpretações de Ariès para outros contextos sem essa análise prévia. Alguns autores observam que nos estudos sobre os sentimentos de infância, a criança pobre encontra-se silenciada e acaba por corroborar preconceitos classistas, como Kuhlmann Júnior (1998, p. 24) salientou

> Mesmo em abordagens que tomam a infância em sua referência etimológica, como os sem-voz, sugerindo uma certa identidade com as perspectivas da história vista de baixo, a história dos vencidos, essa visão monolítica permanece e mantém um preconceito em relação às classes subalternas, desconsiderando a sua presença interior nas relações sociais.

Para o autor seriam poucos os registros diretos da vida privada da infância das classes populares, enquanto seriam recorrentes os documentos que tratam da sua vida pública, das iniciativas de atendimento aos pobres e aos trabalhadores de maneira geral. E, como também observa Klein (2012, p. 3387), Ariès conta a história das mentalidades e para além dessa descoberta, é preciso perguntar "onde está mesmo a criança de Philippe Ariès?". É a autora mesmo quem nos responde concluindo que essa criança "a fábrica comeu!". Assim, se

> [...] abandonarmos a minoria engastada na nobreza e aristocracia e considerarmos a maioria das crianças que compõem a classe trabalhadora; se como fizeram Marx e Engels, extrapolamos os documentos da intimidade daquela minoria – minoria – diários e dossiês de família, registros de batismo, inscrições em túmulos, a iconografia e analisarmos os documentos públicos da época (legislação, relatórios, notícias na imprensa) que não se limitam ao trato das questões individuais, mas realmente incidem sobre questões sociais, encontraremos a mesma criança que Ariès? (KLEIN, 2012, p. 3387).

Seria pertinente, portanto, indagar a possibilidade de uma infância heterogênea num país como o Brasil, marcado por diversidades sociais, culturais e políticas como "presença da população indígena e seus costumes, o longo período de escravidão [...], as migrações, o colonialismo e o imperialismo [...]" (KRAMER, 1996, p. 20) que balizaram indiscutivelmente nossa formação e o processo de socialização de nossas crianças. No exercício de refletir sobre essa diversidade, basta que imaginemos como os séculos de escravidão contribuíram para a construção da representação social da infância empobrecida no Brasil naquele período. Essa representação, que expressa desigualdades de outras ordens, pode ser observada no tocante às crianças escravas que "tinham baixo valor no mercado, sendo encaminhadas ao trabalho a partir dos sete anos de idade e consideradas formadas, com significativo aumento de valor como mercadoria a partir dos 12 anos, para uma vida que dificilmente chegava aos 50 anos" (DIAS, 2011, p. 20).

Para Kuhlmann Júnior (1998) seria mais apropriado falar então em condição social da criança, pois enquanto fase biológica do desenvolvimento humano, infância e adolescência resguardam características semelhantes, no entanto, socialmente adquirem significados distintos, demarcados pela cultura e pela classe social às quais pertencem. Tratamos aqui de conceitos que se complementam, que culturalmente são determinados e historicamente construídos. Infância e adolescência não são categorias universais e enquanto construções histórico-sociais não podem ser estudadas sem que se considere que, se podemos demarcar biologicamente tais períodos, psicológica e socialmente não podemos.

Kramer (1982) lembra que, se a criança não é a-histórica, não existe um, mas vários significados atribuídos à infância. Com efeito, partimos então do princípio de que várias infâncias podem coexistir, num mesmo tempo e num mesmo lugar. Vejamos. Basta uma rápida incursão pelo noticiário recente para nos deparar de um lado, com a existência de infâncias mendicantes, trabalhadoras, prostituídas e de outro, com infâncias consumidoras e utilizadas como veículo de consumo, como já problematizaram Boarini e Borges (1998).

Uma concepção diferente de infância teria sido gestada com o nascimento da sociedade capitalista. A infância como uma fase do desenvolvimento, que precisa ser cuidada,

escolarizada e preparada para uma atuação futura, tal qual compreendemos na contemporaneidade, ascende no bojo da sociedade capitalista urbano-industrial, fruto de uma visão burguesa[29] de homem (KRAMER, 1982). Logo, as concepções de infância seriam determinadas historicamente e conforme se modificam as formas de organização da própria sociedade, essas igualmente se modificam.

Entendida como uma etapa biológico-moral do desenvolvimento, idade de transição e esperança para a construção de uma nova sociedade (DEL PRIORE, 1999) a infância, em geral, e a criança pertencente às camadas empobrecidas da população em particular, nos primórdios do século XX, será revestida de positivas expectativas futuras. Com o capitalismo avançando no Brasil as contradições da sociedade de classes também se acirravam. A atenção que a infância passava a receber vinha ao encontro das reivindicações políticas e sociais da burguesia brasileira nascente.

Lembramos que no Brasil especialmente a década de 1920 representou um momento de transição do sistema capitalista de produção. De acordo com Nagle (1976, p. 12) representou o "[...] período de passagem de um sistema do tipo colonial, induzido, para um outro, autônomo [...] e, portanto, se define como período intermediário entre um sistema econômico agrário-comercial para o sistema urbano-industrial". Conforme o autor, esses seriam os dois grandes ciclos da vida econômica brasileira.

Quando voltamos nossa atenção para aquele contexto, o fazemos ancorados em vários estudos[30] que o reconhecem como ímpar na história da assistência à infância no Brasil. Naquele momento a criança assumiria a representação de força em potencial de trabalho e, enquanto elemento decisivo para o progresso da nação deveria ser valorizada, preservada e preparada para o futuro. Assim, a criança tornava-se promessa de potencialidades numa sociedade centrada no adulto e na sua força produtiva.

Castro (2007) igualmente afirma que com frequência desconsidera-se que os significados atribuídos à infância e à criança dependem do contexto que os produzem, bem como das relações sociais estabelecidas. Relações sociais que por sua vez se constituem a partir dos condicionantes econômico, histórico, cultural e político, entre outros. Como ressalta

---

[29] De acordo com a Nota de F. Engels à edição inglesa de 1888: "Por burguesia entende-se a classe dos capitalistas modernos, proprietários dos meios de produção social que empregam o trabalho assalariado. Por proletariado, a classe de assalariados modernos que, não tendo meios próprios de produção, são obrigados a vender sua força de trabalho para sobreviverem" (MARX; ENGELS, 1888/1983, p. 365).

[30] Kramer (1982), Marcílio (1998), Kuhlmann Júnior (1998), Del Priore (1999), Freitas e Kuhlmann Júnior (2002), entre outros.

a autora, quando esses aspectos não são considerados, remetemo-nos "[...] a uma imagem de criança como essência, universal, descontextualizada [...]" (CASTRO, 2007, p. 3).

A crença de que criança se constitui um ser incompleto, dotada de características naturais e que por isso necessita de aperfeiçoamento, implusionou práticas e norteou políticas, que insistem em reconhecê-la, compreendê-la e atendê-la, sem olhar para o contexto sócio-histórico no qual ela se insere. Neste movimento, acabam desatreladas da historicidade, são caracterizadas em suas particularidades e a psicologia ocuparia lugar de destaque, pois contribuiu desde seu nascimento para a construção de concepções naturais e universais do desenvolvimento humano. Como assevera Bock (2000), a psicologia desenvolveu-se pautada numa perspectiva liberal de homem e acabou favorecendo a naturalização do fenômeno e do desenvolvimento psicológico e na mesma medida, através de suas teorias contribuiu para que o contexto social fosse entendido como mero espaço de cultivo e de cuja corrupção deveria ser protegida. Desta feita, o que restaria aos adultos se não a tarefa e o dever de fornecer-lhe modelos de comportamento mais adequados? Assim, a Psicologia não teria sido capaz de "ao falar de fenômeno psicológico, falar de vida, das condições econômicas, sociais e culturais nas quais se inserem os homens" (BOCK; GONÇALVES; FURTADO, 2001, p. 25), ao contrário, a psicologia teria em muito contribuído para ocultar estas referidas condições.

Estendendo esse debate para a concepção vigorante de adolescência, Bock (2004) afirma que a adolescência tem sido tomada em quase toda a produção científica como sendo uma fase natural do desenvolvimento, ou seja, todos os seres humanos, na medida em que superariam a infância, passariam por essa fase intermediária até chegar à vida adulta. Os estudos da psicologia, segundo a autora, contribuíram para que essa perspectiva naturalizada de adolescência fosse se solidificando. Erik Erickson com sua obra Identidade, Juventude e Crise, escrita em 1967 e traduzida em 1976, teria institucionalizado a adolescência, apresentando o conceito de moratória, caracterizando-a como uma fase especial do desenvolvimento cuja confusão de papéis e as dificuldades para estabelecer uma identidade própria marcariam o modo de vida compreendido nesse período circunscrito entre a infância e a vida adulta.

Erickson teria sido referência para muitos autores que se debruçaram sobre a adolescência e aqui no Brasil, dos estudos mais referenciados estariam o de Aberastury e Knobel intitulado de "Síndrome Normal da Adolescência". Nessa obra, de acordo com Bock (2004), os autores descrevem a adolescência tomando-a como possuidora de um caráter universal e abstrato o que acabou por contribuir para que ela viesse a ser considerada como

uma fase semipatológica do desenvolvimento, cujos conflitos e crises estariam inevitavelmente presentes e comporiam, inclusive, as especificidades desse momento da vida.

Em contrapartida, a adolescência na perspectiva sócio-histórica, perfilha que todos os jovens, na adolescência, passam por modificações biológicas, que provocam mudanças no seu organismo, acarretam marcas no seu corpo, todavia, a forma, o valor e a compreensão dessas transformações são datadas historicamente e influenciadas pelas condições histórico-sociais nas quais esse jovem está inserido. Bock (2004) localiza a "criação" da adolescência como uma construção humana, onde jovens encontram uma forma de identidade social. Esse seria, a partir da lógica capitalista, um período em que embora já possua condições de se inserir ativamente no mercado de trabalho, viveriam um tempo de latência social, de preparo para o futuro. Logo, seria nas e pelas relações e vivências que se constituiria grande parte das características que compõem a adolescência: a rebeldia, a moratória, a instabilidade, a busca da identidade e os conflitos, como lembram Aguiar, Bock e Ozella (2002). Para esses autores antes de serem naturais, essas características seriam historicamente construídas e só poderiam ser transformadas se engendradas às condições materiais da vida.

Como nesse trabalho agenciamos, do mesmo modo que infância e adolescência não são categorias universais, o conceito saúde/doença mental também não pode ser generalizado nem tampouco circunscrito. São categorias datadas historicamente, fazem parte da experiência do homem que como ser concreto precisa ser compreendido e localizado numa realidade social mais ampla. É somente a partir dessa inserção social, mediada por conflitos e contradições, que nossas falas sobre o processo saúde/doença vão sendo dotadas de sentido. Revisitar alguns itinerários teóricos nos permite compreender como vão sendo gestadas algumas concepções acerca da constituição da infância dita anormal, que se tornará público privilegiado de intervenção dos serviços de saúde mental.

3.2 ENTRE TRANSTORNOS E SINTOMAS: A CONSTITUIÇÃO DA INFÂNCIA *ANORMAL*

No curso da história a chamada psiquiatria infantil parece ter caminhado a reboque da psiquiatria do adulto. Outrossim, o sofrimento psíquico na infância e adolescência permaneceu por muito tempo associado às questões cognitivas, fazendo emergir propostas de cunho pedagógico para seu tratamento e resultando na elaboração de diferentes práticas educativas e de reabilitação. As primeiras contribuições médico-pedagógicas, como pontua Ajuriaguerra (1980), ascenderiam no século XIX com a parceria entre Séguin e Esquirol,

quando ambos tiveram como público alvo de seus estudos as crianças deficientes. É nesse século que a psiquiatria nasce como ciência e o hospital psiquiátrico desponta como lugar da loucura (PESSOTI, 1996). Logo, o processo de psiquiatrização da infância, como lembra Blikstein (2012), não emergiu com a criança louca, mas com a criança denominada à época de idiota[31].

Essa definição abrangente começará a ser contraposta no transcurso das quatro primeiras décadas do século XIX por interpretações que se opunham, sobretudo, em relação à possibilidade de reversão dos tais quadros. Enquanto Philippe Pinel (1745-1826) e Etienne Esquirol (1772-1840) consideravam a idiotia como um déficit global definitivo, cujo prognóstico era muito negativo, Séguin e Delasieuve afiançavam que a partir do uso de métodos especiais[32] haveria sim a possibilidade de desenvolvimento ulterior (ZUQUIM, 2001).

E é preciso ainda lembrar que esse campo de interesse altera-se conforme se altera o próprio contexto histórico-social. Assim, enquanto a psiquiatria infantil europeia ganharia fôlego a partir dos estudos sobre a deficiência mental, a norte-americana voltar-se-ia ao estudo das alterações de conduta, especialmente à questão da chamada delinquência infantil.

Destarte, a própria psiquiatria infantil permaneceria ainda por muito tempo um campo pouco nítido, atravessado por diferentes saberes (psicologia, psicanálise, sociologia, neurofisiologia, entre outros) o que tornaria seus limites praticamente inespecíficos. Afirma Ajuriaguerra (1980) que somente a partir da década de 1940 a psiquiatria infantil criará métodos e práticas psicoterápicas que permitirão seu desligamento da psiquiatria do adulto e da pediatria, embora suas ligações com esses dois outros ramos da medicina se manterão bastante estreitas. Por outro lado, teria sido por intermédio da própria infância que a psiquiatria teria se constituído como um modelo explicativo em torno do comportamento chamado anormal.

É Foucault (2001, p. 386-387) quem assevera que a infância se tornou "o instrumento maior da psiquiatrização" e teria sido por meio dela que a "psiquiatria veio a se apropriar do adulto, e da totalidade do adulto" sendo "o princípio de generalização da psiquiatria; a infância foi, na psiquiatria como em outros domínios, a armadilha de pegar adultos". E, ao

---

[31] A deficiência mental fora definida por Esquirol em 1820 como idiotia.

[32] Zuquim (2001, p. 43) observa que essa oposição se dará a partir das experiências de Itard com o menino Vitor que ficou conhecido como o "selvagem de Aveyron", que examinado inicialmente por Pinel, foi considerado um "idiota incurável". Em seguida, confiado aos cuidados de Itard, foi por este considerado uma criança normal e cujos déficits decorreriam do fato de ter sido "privado do contato social e em particular da linguagem".

analisar como a infância teve papel central na generalização da psiquiatria, Foucault (2001, p. 388) vai afirmar que "para que uma conduta entre no domínio da psiquiatria, para que ela seja psiquiatriável, bastará que seja portadora de um vestígio qualquer de infantilidade".

Ao adentrar o campo das classificações, alguns autores, mesmo porta-vozes do saber psiquiátrico, nos colocam sobre os riscos de aferir sobre as psicopatologias da infância, sobretudo, daquelas que se assentam nos conceitos de normal e patológico como polares e dicotômicos, uma vez que a estrutura mental infantil não apresentaria a mesma nitidez da adulta, por tratar-se de "um ser em desenvolvimento" e que, portanto, seria "móvel na organização de suas estruturas morfofuncionais e lábil em suas manifestações comportamentais" (AJURIAGUERRA, 1980, p. 136). Seria mais apropriado ao invés de se classificar os sintomas, dividindo-os entre normais ou patológicos, avaliá-los quanto ao seu efeito desorganizador ou organizador da personalidade da criança.

Paradoxalmente essa labilidade tem servido tacitamente para ampliar o escopo das classificações psicopatológicas e dar visibilidade a uma demanda cada vez maior endereçada aos serviços de saúde mental. No Brasil o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) indica que entre as demandas mais comuns que exigem um cuidado intensivo estariam a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade, bem como aqueles decorrentes do uso de substâncias psicoativas e o suicídio. Sobre essa demanda, estudos internacionais têm registrado prevalências entre 10 e 20%, de um ou mais problemas mentais na população infantojuvenil mundial, dentre os quais 4 e 6% teriam indicação de uma intervenção clínica. As demandas mais frequentes emanariam do público masculino e envolveriam os chamados transtornos do desenvolvimento psicológico, transtornos emocionais e de comportamento (HOFFMANN et al., 2008). Ainda, segundo dados obtidos pelo IBOPE, num estudo solicitado pela Associação Brasileira de Psiquiatria, 12,6% dos brasileiros com idade entre 6 e 17 anos apresentariam sintomas de transtornos mentais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008).

Em que pese às controvérsias inerentes às estatísticas acima apresentadas, para respondê-las a política de saúde vendo sendo convocada a se organizar e criar meios para atender crianças e adolescentes cujos cuidados foram relegados historicamente a instituições filantrópicas e religiosas ou a iniciativas privadas de assistência. Concomitantemente, a amplitude dessas cifras tem revelado no curso de uma análise mais aprofundada que essa demanda carrega consigo um pedido comum de conserto, que viabilize sua normalização a partir de parâmetros socialmente estabelecidos como adequados.

Como observa Canguilhem (2000) no seu conhecido texto sobre "O normal e o patológico", a medicina explicou a doença como um desvio da média estatística tomando como ponto de partida a frequência com que esse desvio ocorre na população, logo, o tratamento seria um processo de normalização. Nega-se que o "anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do normal e não um fato ou uma entidade autônoma [...]", desconsiderando que o "anormal é uma relação: ele só existe na e pela relação com o normal. Normal e anormal são, portanto, termos inseparáveis" (FRAYSE-PEREIRA, 1984, p. 22).

Desconsiderando essa inseparabilidade, uma pergunta que se repete é: quais fatores diferenciariam um desenvolvimento normal de um desenvolvimento psicopatológico na infância e na adolescência? As respostas para esses questionamentos têm orientado diferentes modos de delinear cientificamente o sofrimento psíquico nesses momentos elementares do desenvolvimento humano.

Uma concepção hegemônica seria a que tal como uma planta, o desenvolvimento humano normal dependeria do cultivo. Assim, a concepção de que crianças e adolescentes seriam "seres em desenvolvimento" teria contribuído para que a loucura na infância fosse convertida a um estado passível de (re)orientação. E, neste sentido, enquanto "aprendiz, espera-se dela que venha a responder adequadamente às metas estabelecidas; caso contrário, convocam-se os especialistas, esperando destes últimos que reorientem o curso, corrijam os "defeitos" e remitam os sintomas" (BRASIL, 2002b, p. 135).

Nessa perspectiva curativa, adaptacionista, perguntamo-nos o lugar que resta à psicologia e às suas teorias que insistem atribuir ao desenvolvimento infantil uma força motriz natural, muitas vezes assentada no discurso da neutralidade científica. A própria psicologia do desenvolvimento, de acordo com Jobim e Souza (1996), precisa ser compreendida como uma instituição social que não é neutra nem política nem ideologicamente, pois

> na medida em que a psicologia do desenvolvimento segmenta, classifica, ordena e coordena as fases do nosso crescimento e define o que é e o que não é crescimento, ela engendra um discurso desenvolvimentista que estipula as formas e possibilidades com base nas quais o curso da vida humana pode fazer sentido (JOBIM e SOUZA, 1996, p. 41).

Com efeito, as teorias sobre o desenvolvimento infantil que se apresentam descoladas da realidade social, acabam por tornar muitos profissionais responsáveis por acompanhar o processo de formação da criança, verdadeiros vigias do 'desenvolvimento normal'. Um

desenvolvimento que *a priori* é desejado porque compõe um modelo social dominante (BOCK, 2000).

Outrossim, o esforço de uniformizar esse tempo chamado infância acaba por legitimar práticas excludentes que historicamente foram sendo idealizadas sob o mote de uma pseudo-inclusão. Tal qual nos convida a refletir Hillesheim e Guareschi (2007, p. 89) que possamos questionar "a temporalidade pressuposta nas teorias psicológicas sobre o desenvolvimento, em suas tentativas de captura da infância: um tempo contínuo, duradouro, linear, compassado, único. Um tempo que fecha possibilidades, que exclui a diferença, que cataloga, marca, reduz, essencializa". E talvez possamos reconhecer sem estranheza que esse tempo tão venerado chamado "infância" tampouco alcança todas as crianças, como nos esforçamos para sinalizar anteriormente.

Logo, quando falamos de saúde mental na infância e adolescência, um desafio que de antemão se apresenta é o de admitir o quão difícil é a construção de saberes e práticas que deem conta da sua complexidade, que não encarem desequilíbrios e oscilações desse desenvolvimento como expressões de quadros psicopatológicos. Não há como negar a existência de um sofrimento que se manifesta na angústia, no medo, nos conflitos intensos. Mas como estabelecer relações entre certos comportamentos infantojuvenis enquanto expressão do sofrimento psíquico? Sem a intenção de esgotar essa discussão, propomos aqui refletir sobre a rigidez de parâmetros que prometem balizar limites razoáveis entre a normalidade e a anormalidade nas fases mais remotas da vida humana.

O que procuraremos ressaltar é que é delicada a empreitada de conceituar o sofrimento psíquico na infância e na adolescência. Como profissionais da saúde, devemos olhar para a diversidade e as adversidades da vida humana, atentando para as armadilhas e limites que vão sendo impostos pelas interações e os processos de subjetivação que na atualidade vêm sendo tão facilmente denominados de transtornos, distúrbios, sintomas.

Ao adentrar o campo arriscado das definições nos esbarramos com a abraçada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) na qual saúde não seria simplesmente ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Esse conceito "refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo", onde saúde "deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações" (SCLIAR, 2007, p. 36). Contudo, ele seria alvo de severas críticas tanto de natureza técnica (pois ao desconsiderar saúde-doença como processo, presumir-se-ia existir um estado ideal, de completo bem-estar, e que não poderia ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), quanto de natureza política, libertária (uma vez que

daria margem a abusos por parte do Estado que sob o mote da promoção à saúde interviria desmedidamente na vida dos cidadãos).

A OMS (2001, p. 30) também apontará que as "doenças mentais e físicas" seriam resultado da "combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais [...] e que as perturbações mentais têm a sua base no cérebro". Feita essa localização, a OMS apesar de inclinar-se à psiquiatria biológica não deixará de apontar medidas a serem tomadas pelas políticas públicas e que poderiam reduzir os efeitos dessas 'perturbações'. Observemos: entre outras ações, a OMS defende que as políticas deveriam assegurar o acesso universal a serviços de promoção da saúde e de prevenção, bem como à promoção de estilos de vida mais saudáveis e à redução dos fatores de risco de perturbações mentais e comportamentais.

Promoção e prevenção em saúde e redução de fatores de risco escamoteiam muitas vezes a centralidade do diagnóstico que toma os manuais de classificação psiquiátricos como parâmetros para definir o que seria doença mental e consequentemente, as vias para seu tratamento. Nesse ínterim, muitos foram os debates sobre a controvertida e última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), editado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), e que tem servido historicamente para padronizar categorias e estabelecer critérios para diagnosticar os chamados transtornos mentais. Em maio de 2013, quando da atualização desse manual[33], que culminou na edição do DSM-V, vimos reproduzir o mesmo viés biológico das edições anteriores, com o acréscimo de que nessa última edição a normatização das condutas aparece ainda mais desvelada. Generalizam-se os sintomas, desconsiderando o contexto, os processos subjetivos e os fatores psicossociais envolvidos no sofrimento psíquico, tornando ainda mais emergente a medicalização da existência humana.

Sobre esse processo que vem sendo denominado genericamente de "medicalização" – que reduz problemas sociais às dimensões biológicas dos indivíduos – Teixeira (2013, p. 1) defende que "a medicalização entra como uma espécie de filtro agenciando a produção de subjetividades a partir de uma lógica médico-centrada". Todavia, como o referido autor faz questão de nos lembrar que a medicalização envolveria para além da figura do médico: "o

---

33 Publicado originalmente em 1952, o DSM trazia106 categorias de 'desordens mentais'. A cada nova edição, algumas categorias foram sendo excluídas enquanto outras foram renomeadas, reorganizadas e outras adicionadas. Em 1968 o DSM-II renasceu com um viés psicodinâmico, que acabou abandonado em 1980 na edição do DSM-III que trazia nas suas 494 páginas um rol de 265 categorias. Essa versão foi considerada uma revolução na prática psiquiátrica, pois do ponto de vista descritivo-terminológico facilitaria a diferenciação entre o normal e o anormal. O DSM-IV data de 1994, quando foi revisto no ano 2000 teve ampliadas algumas categorias e reclassificadas outras (DERBLI, 2011). Para uma discussão crítica acerca desses manuais indicamos Russo e Venâncio (2006).

olhar advindo da centralidade que um certo saber médico sobre a vida tem na cultura contemporânea" (TEIXEIRA, 2013, p. 1).

Nesse processo de generalização-naturalização vimos que algumas definições de padrões de normalidade/anormalidade psíquica na infância alcançam leituras do desenvolvimento humano, em que tomamos como exemplo, a leitura psicanalítica alavancada por alguns autores. Sobre a concepção psicanalítica de normalidade encontraremos em Gesell (1880-1961), um dos fundadores da psicologia infantil nos Estados Unidos, o entendimento de que a primeira infância seria essencial para o desenvolvimento pregresso da personalidade e, os primeiros meses de vida determinariam a formação do psiquismo. A forma como essa etapa da vida é vivenciada pelo sujeito, afetaria todo o curso posterior do desenvolvimento, inclusive distinguindo-o como normal ou como patológico, conforme a atualização de um potencial dado *a priori.* Essa leitura evolucionista foi criticada por Vigotski (1996) por considerar o desenvolvimento como um processo único, autodeterminado, que desconsidera que para que existam mudanças qualitativas é preciso que essa criança se aproprie de novas e diferentes aquisições socioculturais.

Em menção aos precursores da psicanálise infantil, Anna Freud é reconhecidamente o nome mais referenciado no decurso da terceira década do século XX. Anna Freud considerava a criança frágil demais para ter seu inconsciente explorado em análise e por ter poucos recursos; e defendia que a família se responsabilizasse pelo seu tratamento, bem como que sua tutela fosse assumida pelas instituições educativas[34].

As influências do pensamento psicanalítico em terras brasileiras já datam do início do século XX e ainda que incipiente no Brasil, a psicanálise foi amplamente divulgada por alguns membros da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) num esforço de contrapor sua perspectiva teórica fortemente organicista. Numa breve incursão naquele período encontraremos nomes como de Arthur Ramos[35], importante membro da LBHM, que deixou como legado a disseminação da psicanálise no estudo sobre a infância e a psicologia do escolar, contribuindo sobremaneira para a criação de Clínicas de Orientação Infantil na década de 1930 sobre as quais falaremos mais adiante. Queremos por hora destacar que entre outros aportes teóricos do autor, merece destaque a obra "A creança problema"[36] que data de 1939. Nessa obra, Ramos (1939, p. 19) afiança que a "[...] enfermidade psíquica é, pois,

---

[34] Sobre a influência de Anna Freud e as origens da psicanálise infantil no Brasil sugerimos Abrão (2009).

[35] Segundo Mendonça (2006), Arthur Ramos foi professor de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Bahia, chefe da Seção de Ortofrenia e Higiene Mental do Instituto de Pesquisas Educacionais do Rio de Janeiro, chefe do Departamento de Ciências Sociais da UNESCO.

[36] Sempre que utilizarmos fontes históricas manteremos a grafia original da época.

perturbação da capacidade de adaptação social" (RAMOS, 1939, p. 19). Ao discutir o conceito de normalidade, atrela-o à noção de "desvio", ou seja, anormal seria aquele incapaz de "responder às exigências da sociedade" e de se "acomodar" a ela.

Ramos (1939, p. 11) também diferenciará a criança-anormal da criança-problema. Defendia que o conceito de criança anormal fosse reservado para aquelas cujos "[...] defeitos constitucionais, hereditários, ou de causas várias que lhes produzissem um desequilíbrio das funções neuropsíquicas [...]". Nesse grupo enquadrar-se-iam aquelas crianças com defeitos físicos e sensoriais, como as surdas, as mudas e as cegas. Já a criança-problema seria aquela que mesmo não tendo nenhum defeito constitucional orgânico apresentaria dificuldade de "ajustamento" tanto na aprendizagem, quanto no comportamento. Este segundo tipo classificatório corresponderia a cerca de 90% das crianças ditas difíceis, sendo a maioria vítima das circunstâncias adversas e das "[...] condições de desajustamento dos seus ambientes social e familiar" (RAMOS, 1939, p. 11). Logo, defendia que seria necessário compreender o conjunto das relações familiares para se poder explicar o desajustamento dos filhos.

Em detrimento da importância que se seguirá dando à hereditariedade, aos poucos, a ênfase recairá sobre a influência do meio na constituição da personalidade da criança. Nessa direção, Ribas (1953), por exemplo, destacava a partir do advento das concepções psicanalíticas, o entendimento do quanto as experiências "nos primeiros tempos de vida extra-uterina são as que mais contribuem para a estruturação da personalidade e da sua conduta", coadunando para a compreensão de que a assistência à infância deveria extrapolar o âmbito individual, se tornando sinônimo de "benefício da coletividade" (RIBAS, 1953, p. 39).

Essa breve incursão às contribuições da psicanálise ou da transposição linear de suas prerrogativas pelos intelectuais brasileiros da primeira metade do século XX exige-nos que se observe que algumas produções contemporâneas reconhecem que a leitura psicanalítica que interessa à Atenção Psicossocial é aquela que "articula a subjetividade e a dimensão política na organização da assistência" (GUERRA, 2005, p. 139-140). Em caso contrário, a leitura psicanalítica somar-se-ia a outros saberes e práticas que articulam esforços no afã de enfraquecer o Movimento da Reforma Psiquiátrica em função da centralidade dada à dimensão intersubjetiva do sofrimento psíquico.

Alguns desses movimentos que podem ser denominados de contrarreformistas justamente por desconsiderarem a dimensão política da assistência à saúde mental foram debatidos por Luzio (2010). Cunha (2014), por sua vez, ao analisar documentos assentados na

proposta da psiquiatria biológica[37] como o 'Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil' formulado no ano de 2006 e 'Propostas de diretrizes técnicas para assistência integral em saúde mental no Brasil' datado de 2009, observou a proposição de um modo de assistência à saúde mental, que desconsidera todos os avanços e conquistas do Movimento da Reforma Psiquiátrica e que não reconhece a proposta da Atenção Psicossocial como orientador da política de saúde mental no Brasil.

Cunha (2014) ressalta, além disso, que nesses documentos se observa uma leitura médico-centrada e uma clara defesa da manutenção do hospital psiquiátrico como espaço mais propício para o tratamento da loucura. Alguns desses documentos chegam a propor um programa de saúde mental específico para crianças e adolescentes, guiados por uma concepção de infância e adolescência como momento naturalmente vulnerável, cujos riscos quando detectados precocemente, podem prevenir futuros transtornos psíquicos e seus agravos. Para tanto, propõe que se tornaria necessário uma atuação estratégica junto à escola e à família, sobretudo, nos casos de perfis bem delimitados de risco, a saber: "adolescente; sexo masculino; filho de pais separados; baixo grau de instrução do chefe da família; classe econômica baixa; incapacidade de adiar recompensas e baixo desempenho escolar" (CUNHA, 2014, p. 86). Essas orientações revelam aquele que estaria entre os maiores impasses para efetivação e consolidação da proposta da Atenção Psicossocial e a resistência alçada pelo Modelo da Psiquiatria Biológica, com a predominância desse último, como destacara anteriormente Luzio (2010).

É o que somos também levados a pensar quando acessamos o editorial da Revista Brasileira de Psiquiatria assinado por Fleitlich e Goodman (2002). Os autores à época ao discutirem a "Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes" (FLEITLICH; GOODMAN, 2002, p. 2) sugeriam que os serviços deveriam ser implantados nas regiões ditas mais carentes, priorizando os "[...] transtornos tratáveis mais comuns, oferecendo avaliação diagnóstica e tratamentos padronizados e testados, com o menor custo possível" (FLEITLICH; GOODMAN, 2002, p. 2). Em tempos nascentes de CAPS e no entusiasmo da formulação da Política Nacional de Saúde Mental, Fleitlich e Goodman (2002, p. 2) afiançavam que serviços de base comunitária poderiam e deveriam "dar conta dos casos de simples abordagem e de prevenção, selecionando e priorizando os encaminhamentos aos serviços especializados".

---

[37] Cunha (2014) destaca que esses documentos foram elaborados através de parcerias entre a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP); Conselho Federal de Medicina (CFM); Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM).

Por vezes, a própria defesa pela implantação e implementação da rede de serviços de saúde mental infantil aparecem não como via de garantia de direitos, mas alicerçadas em argumentos que localizam para além da diminuição do sofrimento pessoal e familiar, ganhos em longo prazo. Esses ganhos seriam socialmente incalculáveis por conta dos prejuízos que a desassistência traria para toda a sociedade. Como acreditam Fleitlich e Goodman (2002), privilegiar a prevenção e o tratamento de transtornos mentais na infância e na adolescência teriam um

> [...] impacto concreto no futuro dos jovens, favorecendo a diminuição da criminalidade, do abuso de substâncias, do fracasso, do abandono escolar, do desenvolvimento de transtornos de personalidade e de transtornos mentais na vida adulta, além de propiciar que se desenvolvam com maior capacidade de atuar como pais (FLEITLICH; GOODMAN, 2002, p. 2).

Preparar o futuro. Diminuir a criminalidade, o abuso de substâncias psicoativas, o fracasso e o abandono escolar. Evitar o desenvolvimento de transtornos de personalidade e de transtornos mentais na vida adulta. Torná-los capazes de atuarem futuramente como pais. Estariam entre as justificativas correntes para a realização cada vez mais cedo e maior de intervenções biomédicas, pedagógicas e disciplinares, que insistem em negar-lhes o direito à voz, mantendo a hegemonia das práticas secularmente tutelares pautadas no discurso do adulto sobre a criança.

Como vimos afiançando a defesa de que é possível uma prevenção dos transtornos mentais na infância, ressoará muito mais na manutenção de práticas segregadoras do que no fomento daquelas que primam pela (re)inserção social e pela defesa de que para se desenvolver, crianças e adolescentes precisam se apropriar das mais variadas produções humanas. Acastelamos uma visão de homem e de desenvolvimento que está em movimento, que está em permanente construção. Essa concepção desnuda que precisamos investir em políticas públicas de qualidade que medeiem o acesso ao que de melhor a humanidade já produziu.

Saúde mental, igualmente, não é um estado, mas um processo e deveria por isso ser entendida como capacidade de criar, de enfrentar a realidade e de transformá-la, produzindo-se como sujeito. Produzir-se como sujeito, por sua vez, implica ser capaz de beneficiar-se dos encontros oportunizados pela vida e de construir outros; de poder fazer escolhas; trocar afetos e mensagens. Isso implica ter condições de fazer uma (re)leitura de si e do mundo, de (re)posicionar-se subjetiva, cultural, política e socialmente. Essa concepção por si propõe a redefinição do próprio objetivo das ações de cuidado, que deixa de ser a cura, para dar lugar às mais variadas formas de produção de vida, como destacamos anteriormente.

Ao nos aproximarmos dessa concepção de saúde mental, destacamos que é preciso reconhecer ao invés de suas faltas, suas potencialidades. Identificar quais têm sido suas reais possibilidades de inserção social e acesso aos recursos e aos bens sociais e culturais, bem como a serviços, programas e projetos capazes de potencializar seu desenvolvimento, de produzir vida e não sujeição. Olhar para as potencialidades atrelando-as às condições reais de existência e fazer a passagem do conceito de doença para o de saúde não significa negar que a doença exista e que ela produza sofrimento, o que em nossa cultura se manifesta e responde pelo nome de 'sintoma'. Significa não mais contentar-se com as explicações que se prendem aos rótulos e diagnósticos psiquiátricos. Significa que aquelas manifestações na infância e adolescência tidas como patológicas podem ter diferentes significados, pois são validados e alterados de acordo com o movimento sócio-histórico. Se foram significados podem também ser processualmente ressignificados.

Se saúde-doença são processos dinâmicos e contraditórios, no qual se articulam situações complexas e singulares da existência humana, finalmente entendemos que ainda que existam algumas manifestações que sinalizam para a necessidade de um olhar mais atento sobre um determinado sujeito, esse olhar não pode ser vertical, unidirecional, generalizado, tampouco deve tomar como referência padrões de condutas e quadros diagnósticos universalizantes.

Sem contextualizar esse sofrimento, sem ter como norte o universo relacional desse sujeito, o deslocamos da realidade sócio-histórica que o antecede e abonamos práticas que seguem delegando (ainda que implicitamente) à criança, ao adolescente e à sua família, a responsabilidade por se tornarem naturalmente saudáveis, entendendo saúde mental como sinônimo de adaptação social. Acreditamos que resgatar a historicidade pode nos guiar no desafio de ressignificar nossos saberes e práticas.

3.3 EM BUSCA DA HISTORICIDADE DOS FATOS: CONSTRUCTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Quem sabe se um dia virei a ler outra vez esta história,
escrita por ti que me lês, mas muito mais bonita? ...
José Saramago

Depois de receber o Prêmio Nobel de Literatura, José Saramago publicou o conto "A maior flor do mundo" que narra a história de um menino-herói que não poupou esforços para salvar uma flor que estava prestes a morrer. Mas esta não é só a história de um pequeno herói.

É a história do próprio narrador que deseja escrever para crianças e se vê limitado ante os desafios dessa escrita, pois "as histórias para crianças deveriam ser escritas com palavras muito simples [...] Quem me dera saber escrever essas histórias" (SARAMAGO, 2000, p. 1).

Como as histórias para crianças não são fáceis de serem escritas, a história das crianças e suas demandas de saúde mental no Brasil também não o são. Não é fácil nem de ser (re)escrita, nem de ser apropriada na sua complexidade. Como a metanarrativa de Saramago: é preciso ler e apreender as informações cujos matizes se revelam nas entrelinhas. E, ao final dessa (re)leitura, talvez reconheçamos como Saramago, que no exercício de (re)fazer essa trajetória, acabamos por contar na verdade, a história de nós mesmos, de como construímos nossas relações...

Alguns autores se dedicaram a estudar, partindo de vários vieses, como a(s) infância(s) desde o período colonial ganhou contornos próprios em solo brasileiro. Chamará a atenção o fato de que no sistema patriarcal, sob a tradição da Igreja, a autoridade ilimitada do senhor de engenho ditava as normas e regras do bem-viver. Naquele momento, baseando-se nas teses de Gilberto Freyre, Ribeiro (2006) destaca que muitas crianças desenvolviam problemas emocionais, expressos, por exemplo, nos relatos de casos de gagueira. Tanto a educação familiar quanto a escolar desconsideravam a existência de uma individualidade na criança e objetivavam a formação de um adulto passivo e servil.

Também sobre o período colonial no Brasil, Jurandir Freire Costa (1999), na sua reconhecida obra "Ordem médica e norma familiar" analisara as transformações na família oitocentista, forjadas a partir da ascensão da medicina higienista[38] como saber regulador. O autor afirma que na colônia o filho tinha uma posição instrumental – secundária – era sobrepujada e colocada a serviço do poder paterno. A família no período colonial surge como epicentro do direito do pai, que monopolizava o interesse da prole e da mulher. Logo, a criança do século XIX permaneceu prisioneira do papel social do filho, como assevera o autor; a família colonial ignorava-a ou subestimava-a.

A recodificação da imagem infantil deveu-se, segundo Costa (1999), em grande parte, à reação dos higienistas contra a mortalidade infantil. No decurso do século XIX as estatísticas haviam atribuído à mortalidade infantil o posto de "flagelo nacional e social" (MONCORVO FILHO, 1917, p. 82). Entre 1845 e 1847 – 51,9% da mortalidade total do país eram de crianças de 1 a 10 anos. Entre as causas mais citadas pelos higienistas estariam o

[38] O *Movimento Higienista* inicia-se no século XIX fortemente ligado à busca por soluções aos problemas sanitários enfrentados pela população brasileira. No século XX se desdobrará no *Movimento de Higiene Mental,* com a preocupação voltada à prevenção e tratamento dos problemas mentais. Sobre algumas características e propostas desse movimento falaremos logo a seguir.

banho, o corte umbilical e uso de substâncias irritantes, a compressão da cabeça, a alimentação e a amamentação inadequadas, e os maus costumes das amas. Enfim, o que à época se observava e a conclusão a que chegavam os higienistas era a de que as causas da mortalidade estariam maiormente ligadas à inadimplência do adulto no trato com os pequenos.

Assim, dada essa inferência sobre a inadimplência do adulto, Costa (1999) afirma que os higienistas se deram conta de que sem alterar o direito do pai não atenuariam a morte dos filhos. Aos poucos o papel da mãe vai sendo alçado como pré-condição para um desenvolvimento saudável e a nova criança reclamava um novo casal: ao invés de comportar-se como proprietário, esse casal deveria aceitar ser tutor dos filhos cujo verdadeiro proprietário era a nação.

A concepção vigorante era a de que a criança seria uma entidade físico-moral amorfa e a educação higiênica seria o método mais pertinente para a instalação de hábitos mais sadios. A criança era definida como cera mole e a nobreza da tarefa da higiene estaria na criação desses hábitos. Para o autor, a "ideia de nocividade familiar teve seu apogeu nas teses sobre a alienação mental onde a família tornou-se um dos principais determinantes morais da loucura e o isolamento do louco, uma das regras fundamentais de seu tratamento" (COSTA, 1999, p. 173).

Patto (2000) partindo de uma visão mais materialista teria opinião contrária à de Costa (1999) quanto ao exercício e dimensão do poder político desempenhado pelos médicos higienistas no decurso do século XIX. A medicina, naquele momento era nomeadamente pré-científica: praticada por cirurgiões-barbeiros, padres, curandeiros, algebristas, entre outros. Defende a autora que localizar a ascensão da medicina social naquele momento, seria mais um exemplo de distorção ideológica das ideias europeias que foram transplantadas para o Brasil sem considerar as relações sociais vigentes.

A investidura do escopo da medicina higienista sobre a família, ou sua própria necessidade, pode ser melhor compreendida se voltarmos nosso olhar para a história das políticas sociais e da defesa de que o atendimento à população infantojuvenil deva ser prioritário, que começou a ser escrita no Brasil, tão somente no alvorecer do século XX. A instauração da República representou os esforços empreendidos para a consolidação do capitalismo. O Brasil republicano pedia passagem e uma multiplicidade de fatos, como a substituição da mão-de-obra escrava pelo trabalho livre e assalariado, a imigração europeia, a explosão demográfica, o processo de urbanização e industrialização das cidades, entre outros, compunham o conjunto de transformações que ocorriam nas condições do país e provocavam um profundo reordenamento econômico, político e social.

Sobre a explosão demográfica, por exemplo, São Paulo em 1870, contava com uma população de 30 mil habitantes; em 1907, abrigava em torno de 286 mil (SANTOS, 2000). Ademais, a industrialização, ainda que incipiente, dava à mão de obra infantojuvenil um destaque especial. Também na cidade de São Paulo, segundo dados do Departamento de Estado do Trabalho, as crianças chegaram, na década de 1919, a compor 40% do contingente de trabalhadores no setor têxtil (MOURA, 2000).

Tendo como pano de fundo este cenário, a despeito do futuro promissor que hipoteticamente com a República se abria, o habitar na cidade demandava novos hábitos e desafiava a tradição, impondo novas formas de viver. Muitos dos males que afligiam a infância passam a ser avaliados como obstáculo à concretização dos ideais de ordem e de progresso e mesmo motivados pelo otimismo nacionalista, os grandes centros urbanos seguiam a testemunhar a ascensão de conflitos resultantes da nova organização social: deflagrava-se o aumento da pobreza, desemprego e abandono e na mesma medida o quadro sanitário do país dava sinais de risco eminente. As epidemias recorrentes à época atrapalhavam os interesses políticos e econômicos dos grandes latifundiários do café e do comércio agrário-exportador.

Diante da visibilidade de tantas contradições sociais firmar-se-ia um cenário profícuo para o discurso da proteção ecoar. As primeiras décadas do século XX conferiam à infância, sobretudo a desvalida, o status de problema social e político, dando visibilidade à reivindicação crescente de que o poder público assumisse a formulação das políticas sociais. Em outro lugar (ZANIANI, 2008)[39] vimos que os alicerces de uma sociedade em construção eram demarcados por médicos, juristas e educadores, que reconheciam no descaso com a 'causa da infância' a esfinge do país que aspirava civilização. A inserção do poder público na formulação das políticas era reivindicada, especialmente, porque a infância se tornará no Brasil republicano objeto de esperança e a 'desassistência' uma ameaça à manutenção da ordem social.

Cabe aqui novamente ressaltar que nas primeiras décadas do século XX a preocupação que circundava a assistência à infância já não envolvia mais só a sua saúde física e incluía também preocupações com a sua saúde mental. A inserção do Estado na elaboração de políticas de atendimento vai sendo delineada a partir de concepções fragmentadas da infância que por ele deveria ser assistida: a deficiente social (pobre), deficiente mental e deficiente

[39] Pesquisa histórica e documental, cujo objetivo foi compreender a concepção de proteção à infância presente nas obras do médico Moncorvo Filho que datavam de 1899 a 1938 e sua relação com as proposições do Movimento Higienista. Essa pesquisa resultou na dissertação de Mestrado intitulada: Sob os auspícios da proteção: Moncorvo Filho e a higienização da infância (ZANIANI, 2008).

moral (delinquente) (BRASIL, 2005). Antes de indicar a compreensão da existência de diferentes infâncias e necessidades de assistência peculiares, o que se observa é a ascensão de um projeto hegemonicamente voltado à institucionalização daquelas que resguardavam o estigma do 'desvio' e da 'anormalidade'.

No início deste século o saber psiquiátrico no Brasil era incipiente. Logo, Ribeiro (2006) coloca que até o século XIX a saúde mental infantojuvenil no Brasil não estava estruturada ou sistematizada como campo de intervenção e estudos. Como campo de intervenção não podemos nos referir, portanto, a uma política de saúde mental, até mesmo porque "a questão social como uma preocupação central do Estado só se confirma a partir do século XX" (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 5). Como campo de estudos as discussões acadêmicas que envolvem o tema surgem com as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria quando inaugurado o Hospício D. Pedro II[40], em 1852, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro. Neste período, observa Ribeiro (2006), as crianças consideradas insanas (em sua maioria pertencentes às camadas populares), compartilhavam o mesmo espaço dos adultos, porquanto pouco se conhecia sobre as doenças mentais infantis e não existia uma classificação que as diferenciasse quanto as formas e manifestações adultas.

Beltrame (2010) observa que os manicômios se tornarão paulatinamente depósitos de crianças com os mais variados tipos de problemas. O registro das primeiras iniciativas de institucionalização psiquiátrica foi acompanhado, desde finais do século XIX, por manifestos da imprensa, relatórios oficiais e artigos divulgados em periódicos científicos especializados que protestavam e denunciavam a precária assistência dada às crianças internadas no Hospício Nacional de Alienados (HNA) no Rio de Janeiro.

O Pavilhão-Escola Bourneville foi a concretização de uma resposta dada a essas manifestações (SILVA, 2009). Criado em 1904[41], o Pavilhão-Escola Bourneville era um espaço reservado ao atendimento das crianças acometidas por supostos transtornos mentais. Sob a direção de Fernandes Figueira, a intervenção tinha o objetivo de ajustar a criança anormal às normas sociais, à aprendizagem de hábitos, como da leitura, da escrita e da profissionalização, revela segundo Silva (2008, p. 203), "a concepção que tinha sobre a criança: um ser sensível às influências externas e que, por isso, suas condutas poderiam ser modificadas através de atividades ocupacionais".

---

[40] Em 1890, o Hospital D. Pedro II passou a se chamar Hospital Nacional dos Alienados – HNA, funcionando até 1944, quando os pacientes foram removidos para o novo Hospício construído no Engenho de Dentro.

[41] Segundo Silva (2008) as fontes bibliográficas não são unânimes quanto à data da criação do Pavilhão-Escola Bourneville. Algumas fontes apontam o ano de 1905, outras 1904, e outras indicam o ano de 1903. Seu funcionamento se estendeu até 1942.

No Bourneville a avaliação mental das crianças se dava através do uso de testes para garantir a objetividade dos exames conforme requisitava os métodos mais modernos e científicos da época. Engels (2006) salienta que a descrição do resultado dos testes, como o de Binet-Simon, compunha o detalhismo das fichas das crianças internadas no pavilhão. As crianças, muito mais que os adultos "eram submetidas a uma verdadeira enxurrada de perguntas, exames e testes" (ENGEL, 2006, p. 159-160). Segundo a autora, o Bourneville foi inspirado nas ideias de Itard, Séguin e do próprio Dr. Desiré Magloire Bourneville (1840-1909)[42].

O matiz da seção destinada a abrigar as crianças no HNA não passou despercebido aos olhos de célebres poetas e escritores brasileiros. O próprio Lima Barreto refere-se àquela relatando suas impressões[43] quando durante um passeio dominical deparou-se ao longo do caminho com "bandos de crianças loucas, de menos de dez anos, que iam brincar, sob a vigilância de uma enfermeira estrangeira, alemã, parecia. Havia de todas as cores, e todas eram feias, algumas mesmo aleijadas" (BARRETO, 1956, p. 196). Já o poeta Olavo Bilac (1865-1918) delegara à criação do Bourneville *status* de ruptura definitiva com a realidade prévia das crianças internadas no HNA. Após visitas realizadas ao Bourneville, Bilac (1905) compara o HNA a um "palácio" depois dos investimentos financeiros ali feitos, sobremaneira na ala infantil, ressaltando o poeta que não havia mais ali "um bando de animaes inuteis ou nocivos", mas que graças à ciência, dali poderiam sair "homens perfeitos e equilibrados, creados artificialmente n'aquela officina de reabilitação humana" (BILAC, 1905, p. 310-311).

Ante essa expectativa, as demandas por vagas para internação no Bourneville só aumentavam. Lembra Engels (2006) que a reivindicação por ampliação era reiterada nos relatórios, tanto da parte de Juliano Moreira, diretor geral do HNA à época, quanto de outros médicos que vieram a substituí-lo temporariamente. Nos anos que se seguem, essa reivindicação permanece, até que em 1924, Juliano Moreira, manifestar-se-ia "otimista quanto às perspectivas de ver atendidas suas velhas reivindicações diante da postura assumida pelo Ministério da Justiça com a criação do juizado de menores" (ENGEL, 2006, p. 285-286).

---

[42] Desiré Magloire Bourneville foi um médico francês que, segundo Silva (2009), viabilizou importantes mudanças na assistência à infância chamada anormal na França de meados do século XIX. Foi médico interno em Bicêtre e Salpetrière, depois nomeado médico chefe do Bicetrê e também conselheiro Municipal em Paris entre 1876 a 1883, atuando como um dos principais promotores da laicização dos hospitais daquela cidade, o que de fato ocorreu em 1878. A autora também destaca que quando eleito deputado de Paris (1883-1889), Bourneville conseguiu a aprovação de um fundo destinado à criação de um serviço especial para crianças anormais.

[43] Em tempo: o escritor Lima Barreto esteve internado duas vezes no HNA. A primeira vez em 1914 e outra entre 1919-1920. Ambas as internações justificadas à época pelo alcoolismo.

Em terras paulistas, a parceria justiça-saúde se mantinha com vigor. Franco da Rocha inaugurava em 1922 o primeiro Pavilhão Infantil do Hospital do Juqueri[44]. O médico proporá nos primeiros anos da década de 1920 a criação de pavilhões para crianças, pois depois de mais de duas décadas da inauguração daquele hospital, as crianças consideradas anormais seguiam sendo atendidas junto aos adultos. No início o pavilhão tinha ações mais de caráter médico-higiênicas e aos poucos Franco da Rocha destacará a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a infância anormal e os meios educacionais para atendê-las.

Muitas crianças que compunham o público do Juqueri, segundo Zuquim (2001), foram enviadas para lá após passagens pelo Instituto Disciplinar, através de encaminhamentos feitos por juízes e Tribunais para Menores. Do mesmo modo, o Instituto Disciplinar realocava as crianças ex-internas do Juqueri. A figura do juiz e sob a alegação da nobre preocupação com a formação do caráter e o entendimento de que controle do meio será crucial nessa empreitada, tornará a parceria justiça-saúde cada vez mais sintonizada.

Essa parceria subsidiou politicamente a criação de novas e específicas leis para a criança considerada problema ou em vias de o ser. Cabe destacar, ainda que brevemente, o teor da legislação idealizada. Foi em 1925 que o juiz José Cândido de Albuquerque Mello Mattos apresentou à Câmara dos Deputados um projeto que visava legalizar a assistência e proteção dos chamados menores. Esse projeto foi transformado em Lei em 1926 e pelo Decreto nº. 17.943 A – de 12 de outubro de 1927, foi finalmente promulgado o Código de Menores que ficou conhecido como Código de Menores Mello Mattos[45]. Essa Lei outorgava ao Estado a assistência e a proteção contra o abandono, os maus tratos e as influências imorais exercidas pelo meio social sobre os menores. No seu Artigo 1º já definia a quem era destinado: "[...] menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 annos de idade, será submettido pela autoridade competente ás medidas de assistencia e protecção contidas neste Código". (CIESPI, 2008).

Logo, o Código de Menores não era endereçado a todas as crianças. A proteção prevista pretendia atingir aquelas consideradas em situação de abandono ou delinquência, referendando uma série de denominações diferentes para a categoria menor: *expostas* para as de idade inferior a sete anos, *abandonados* aos menores de dezoito anos, *vadios* aos que

---

[44] Segundo Devera e Costa-Rosa (2007, p. 62) o Juqueri, inaugurado em 1898, chegou a contar em 1965, com 14.393 internos.

[45] Quando em 1923, foi instituída na administração da Justiça a figura do 'Juiz de Menores', José Cândido de Albuquerque Mello Mattos foi nomeado o primeiro 'Juiz de Menor' da América Latina. O Código de Menores, que passou por uma revisão em 1979, mas que manteve a mesma doutrina, foi revogado em 1990 com a promulgação do ECA.

moravam nas ruas, *mendigos* aos que pediam esmolas ou eram vendedores de rua e *libertinos* aos que frequentavam prostíbulos. Previa que dentro da mesma perspectiva de assistência, estariam aquelas crianças marcadas pela condição de desamparo e aquelas que possuíam algum desvio de conduta. Instituía-se paulatinamente uma intervenção legalmente fundamentada no binômio carência-delinquência, uma vez que o Código de Menores dava plenos poderes ao Juiz de Menor para aplicar o encaminhamento que julgasse mais pertinente.

Seis anos mais tarde, foi acrescentado à Lei o item que delegava ao 'Juiz de Menor' a autoridade de destituir o pátrio poder quando crianças se encontrassem em situações desviantes e nomear para elas um tutor. Contudo, colocá-las sob a tutela do Estado era a medida mais frequentemente tomada. (RIZZINI, 1993). A figura do juiz, ao ser apresentada com tamanha faculdade, deixava o destino de muitas crianças e adolescentes à mercê dos baluartes da sua ética. O juiz teria liberdade para avaliar pontualmente cada caso e, na prática, a tutela dessas crianças seria requerida à revelia das condições que gestavam o desamparo. Muitas seriam retiradas de suas famílias para serem institucionalizadas, sob pretexto indiscutível de zelar pela sua segurança e proteção.

Sob a égide dessa lei, voltando ao Pavilhão Infantil do Hospital do Juqueri, Antonio Carlos Pacheco e Silva (1898-1988) assumirá a direção do Juqueri e deliberará sobre a ampliação e reformulação do serviço infantil. Em maio de 1929 ele inaugurava a Escola Pacheco e Silva, destinada exclusivamente para meninos, usando o espaço do antigo pavilhão construído por Franco da Rocha. As meninas seguiram a ocupar a mesma ala das mulheres adultas. Numa aula proferida em abril de 1951, num curso de Psiquiatria e Medicina Psicossomática da Criança[46], Ribas (1953, p. 38) destacava que a Escola Pacheco e Silva era dividida em dois compartimentos: um Pavilhão-Asilo para os "casos ineducáveis" e um Pavilhão-Escola para os "suscetíveis de melhoria à custa de tratamentos médico-pedagógicos".

As décadas de 1920 e 1930 foram especialmente férteis em propostas voltadas à infância. A bandeira da profilaxia e do tratamento dos problemas mentais foi a grande marca das ações do Movimento de Higiene Mental[47] naquele período. Iniciado no século XIX esse movimento esteve fortemente ligado, num primeiro momento, à busca por soluções aos

---

[46] No texto consta que o referido Curso foi patrocinado pela Clínica de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP e pelo Centro Acadêmico Oswaldo Cruz.

[47] Outras informações sobre esse movimento podem ser encontradas em Boarini (2003), bem como em trabalhos produzidos pelo Grupo de Pesquisa e Estudo sobre Higienismo e Eugenismo – GEPHE que estão disponíveis no site: <http://www.ppi.uem.br/gephe/>.

problemas sanitários enfrentados pela população brasileira. No século XX, desdobrou-se no conhecido Movimento de Higiene Mental cuja criação da LBHM, em 1923, é expressão da contundente preocupação médica e científica daquele período com as denominadas doenças mentais.

Assim, os higienistas abraçaram um projeto civilizador de "conter a doença e promover a saúde", compreendendo que a "missão do psiquiatra não apenas tornava-se cada vez mais ampla, mas assumia também uma dimensão social e política cada vez mais profunda" (ENGELS, 2006, p. 178). O que dessa premissa decorre é que a probabilidade do sucesso das intervenções passaria a ser gradativamente relegada à sua possível efetivação durante as idades mais precoces da vida.

No Terceiro Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em São Paulo, em 1926, Moncorvo Filho ao se referir à infância a definia como fase do desenvolvimento humano, que exigia proteção e atenção específicas, que seguia um desdobramento natural. Sob o controle do meio, ele acreditava que poderiam imprimir nela o "[...] bom caracter, as inclinações, os gostos, as noções de limpeza, etc, etc., permittindo-lhe tornar-se um individuo tão perfeito quanto possível [...]". Defendia que a criança era "cera molle" e não havendo influências negativas "[...] seu débil corpo adquirira facilmente o desejado vigôr, suas nascentes faculdades se desenvolverão, sem obstáculos, segundo leis biológicas conhecidas" (MONCORVO FILHO, 1926, p. 902).

Como mencionamos anteriormente, no início do século XX, alguns conceitos psicanalíticos foram sendo transpostos por membros da LBHM e contribuindo sobremaneira para a criação de Clínicas de Orientação Infantil. Essas clínicas focavam nas avaliações médicas e psicológicas para determinar o nível de inteligência, habilidades e personalidade da criança, com vistas a diagnosticar e prevenir possíveis desajustes mentais e comportamentais. De acordo com Mendonça (2006), na década de 1930 foram instaladas em escolas públicas do Rio de Janeiro e de São Paulo as chamadas clínicas de orientação infantil. A primeira delas foi inaugurada no Rio de Janeiro em 1934 com a denominação de "Secção de Ortofrenia e Higiene Mental", e a segunda, em São Paulo em 1938, com o nome de "Secção de Higiene Mental Escolar". As clínicas de orientação infantil e serviços de higiene mental relacionados à infância, foram criadas nos EUA em 1904 e inicialmente estavam a serviço do Tribunal de Menores, ligadas à questão da delinquência juvenil. Aos poucos, foram ampliando seu raio de atuação e voltaram-se à realização de avaliações médicas e exames psicológicos para determinar o nível de inteligência, habilidade e perfil da personalidade da criança com vistas a diagnosticar e prevenir desajustes mentais e comportamentais.

Ampliando seu escopo, em 1932, a LBHM inaugurou a "Clínica de Eufrenia". Partindo da premissa de que a origem das doenças mentais estaria na má educação, Caldas (1932, p. 83) irá proferir que "muitos desvios do psiquismo são frutos da má orientação educacional. E são os pais, não raro, os responsáveis por essas graves anomalias". Assim, a clínica vai se destinar às crianças dos primeiros meses de vida até os 12 anos de idade, buscando a prevenção das doenças nervosas da infância, a correção das reações psíquicas anormais e a sublimação do caráter, acreditando poder, em muitos casos, anular através da educação higiênica "o efeito maléfico das chamadas taras hereditárias" (BRASIL, 2005, p. 27).

A investida iniciada lá no século XIX, como já dissemos, recairá sobre a família e o reconhecimento da sua incapacidade em educar o futuro cidadão motivou a LBHM nas décadas de 1920 a 1940 a desenvolver uma forte ação de propaganda de higiene mental, produzindo artigos divulgados em jornais, conferências técnicas e publicações avulsas e periódicas. Contribuía-se aos poucos para a instauração de uma concepção social de família nuclear e conjugal "mentalmente saudável" e "moralmente higiênica" enquanto "estratégia de nacionalização" como observou Moura (2008, p. 42).

Perante a recorrente defesa de que para o Brasil progredir era preciso evitar o desajustamento familiar, o Estado deveria entrar em cena porque os problemas se multiplicavam e demandavam outras e efetivas intervenções. Assim, em 1934 iniciou-se um tímido planejamento de uma política pública nacional de assistência à infância quando o então Presidente Getúlio Vargas criou a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, vinculada ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Posteriormente, outro projeto expressa o fortalecimento progressivo do Estado: a criação do Departamento Nacional da Criança pelo Decreto-Lei nº. 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. Este é o marco da inserção formal do poder público no direcionamento da assistência à infância e seguiu orientando a política de atendimento durante os trinta anos subsequentes à sua fundação.

A inserção do Estado na formalização das políticas de atendimento à infância e juventude como vimos pontuando, se deu paulatinamente nesse período pregresso. Contudo, como ressalta Arantes (1995), as ações do Estado não se traduziram em propostas efetivas para a diminuição da pobreza ou de seus efeitos. A assistência prestada, longe de se converter em mudanças nas condições concretas de vida das crianças, adolescentes e suas famílias, constituiu-se muito mais em estratégias de criminalização e medicalização da pobreza.

Arantes (1995) nos convida a imaginar os efeitos decorrentes da afirmação de que carência, falta de moradia e abandono colocavam-nos na condição eminente de 'situação irregular', em um país marcado por extrema desigualdade social, que já naquele momento era

composto por mais de 36 milhões de crianças pobres. Assim, com o Código de Menores legitimava-se a compreensão de que a pobreza, por si, conferia a determinadas crianças e adolescentes uma 'situação de risco', devendo por isso serem vigiados e incluídos em programas educativos, com vistas a prevenir e corrigir condutas desviantes, e reduzir na sequência, a chamada delinquência juvenil. (PASSETTI, 1999).

Naquele momento, entre as ações jurídico-policiais encabeçadas pelo Estado brasileiro para corrigir as condutas juvenis, destacam-se a criação do Serviço de Assistência ao Menor (SAM). Criado em 1942, seu atendimento baseava-se em internatos-reformatórios para os infratores e escolas de aprendizagem de ofícios para os carentes e abandonados, como destacam Cruz, Hillescheim e Guareschi (2005). Todavia, envolto em denúncias e críticas pela falta de higiene, instalações inadequadas, superlotação, ensino precário e exploração do trabalho dos internos, o SAM passou pouco a pouco a ser visto como 'escola da criminalidade', uma vez que seu atendimento, segundo avaliavam, não vinha diminuindo a conduta antissocial da juventude, tão almejada pela sociedade. As autoras pontuam que com o Golpe Militar de 1964 o SAM foi extinto, estabelecendo doravante a 'Política de Bem-Estar do Menor' e criando a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e nos estados as FEBEMs. Com a proposta de atender o menor carente 'bio-psico-social-cultural', o atendimento proposto pela FUNABEM diferenciava-se do SAM pelo pressuposto de que, se o ambiente socioeconômico produzia déficits comportamentais, as ações precisavam ter um caráter muito mais compensatório.

As dicotomias e dissonâncias legalmente instituídas pelo Código de Menores começaram a ser atenuadas no Brasil com a ascendência de documentos internacionais de direitos humanos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, Declaração dos Direitos da Criança em 1959 e Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989, documento normativo que institui a Doutrina de Proteção Integral. Esse movimento em prol dos direitos infantojuvenis ressoa internacionalmente e inspirará no ano seguinte, em 1990, a criação do ECA.

Embora nesse período até agora por nós descrito, algumas iniciativas pudessem até soar como alternativas ao modelo médico hospitalocêntrico, baseando-se no discurso da prevenção, o que se observará é que a institucionalização do cuidado persistirá como sendo o melhor caminho no trato com o sofrimento mental. Lobo (2005) lembra que os hospícios permaneceram durante muito tempo como a única instituição especializada no atendimento dos nomeados portadores de transtornos mentais, fossem eles adultos ou crianças. Assim, as

> [...] ações dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil atravessaram um século de histórias circunscritas a um ideário de proteção, que, paradoxalmente, redundou na construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e em uma concepção segmentada, não integradora, da população infanto-juvenil (BRASIL, 2005, p. 7).

Testemunhando o teor da assistência que embasava (embasa) a institucionalização psiquiátrica, Daniela Arbex (2013) no seu livro "Holocausto brasileiro", resgata do esquecimento histórias de sobreviventes e não sobreviventes daquele que foi durante grande parte do século XX o maior hospício do Brasil: o Hospital Colônia, situado na cidade de Barbacena-MG. Contabilizando cerca de 60 mil mortes, o que mais nos impressiona é que as 272 páginas do livro nos aproximam das mais variadas e cruéis formas de morrer. A partir de 1949, a autora coloca que o Colônia começou a receber crianças com diferentes deficiências físicas e mentais, paralisia cerebral, epilepsia. Em 1976 quando o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil do município de Oliveira[48] fechou, 36 crianças que lá viviam foram enviadas ao Colônia. Muitas crianças eram rejeitadas por suas famílias, outras destas foram arrancadas. Depois de uma vida de sujeição às práticas tutelares próprias das instituições totais[49], sem estímulos, tiveram seus quadros de deficiência agravados e poucas restaram para contar a história.

Como vimos destacando, a saúde mental infantojuvenil foi se delineando como um campo particular de saberes e práticas, e até aqui destacamos iniciativas forjadas na primeira metade do século XX que culminaram no privilégio da assistência institucionalizada e nas ações de caráter filantrópico que prometiam por meio da ciência a redenção do país. Esses saberes e práticas contribuíram para agravar quadros de exclusão que perduraram, ainda que pouco problematizados até que, em finais da década de 1970, quando a defesa do Estado, como um pai protetor e promotor de políticas públicas universais que assegurem o acesso aos mínimos sociais forjarão a eminência não só de um novo modo de cuidado, mas de todo o sistema social. Uma concepção mais ampla de saúde mental, o entendimento de que o cuidado deve se pautar na perspectiva da desinstitucionalização, que é uma questão de saúde pública e que precisa ser qualificado e estar integrado às demais ações do SUS, comporão um

---

48 A cidade de Oliveira fica a 157 km de distância de Barbacena.

49 O célebre trabalho de Erving Goffman "Manicômios, prisões e conventos", datado de 1961, apresenta-nos as chamadas 'instituições totais' cujo caráter é de fechamento, limitação das relações, dos espaços e do tempo de seus membros. Sua 'totalidade' é simbolizada por realizar no mesmo local e sob uma única autoridade todos os aspectos da vida; as atividades cotidianas são realizadas juntamente com outros, todos são tratados da mesma forma e obrigados a estarem todos juntos; as atividades são preestabelecidas, predeterminadas e impostas verticalmente e por fim, as atividades obrigatórias são reunidas para supostamente cumprir os objetivos primeiros da instituição (GOFFMAN, 1961/1974).

importante capítulo da história da assistência em saúde mental brasileira que segue ainda sendo escrito.

Tentando apreender essas (des)continuidades, parafraseando Saramago (2000, p. 22-23), seguimos a desejar/interrogar que "quem sabe um dia virei a ler outra vez esta história, escrita por ti que me lês, mas muito mais bonita?"

3.4 DOS FUNDAMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: HÁ LUGAR PARA A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA NESSE MOVIMENTO?

Os problemas que abarcam a infância e a adolescência, entre eles os ligados à saúde mental, há tempos conformam motivos para que se atente e se produza conhecimentos acadêmicos que os compreendam, os expliquem, os solucionem. A despeito da compreensão de que quando falamos de saúde mental, tal qual qualquer outra questão humana, falamos de um fenômeno complexo, multideterminado, demarcado pela época, cultura e sociedade no qual o sujeito se insere, testemunhamos o fortalecimento da crença de que haveria uma lógica intrínseca, biológica e causal que elucidaria por si o adoecimento mental. Desta feita,

> [...] contemporaneamente, observa-se que a práxis médico-psiquiátrica na infância prescinde completamente da escuta da narrativa dos pais sobre seus filhos, localizando o olhar médico, exclusivamente, nas sintomatologias apresentadas pela criança, cuja causa é atribuída a uma falha no real do corpo, mais precisamente a uma falha no funcionamento cerebral e seus mecanismos neuroquímicos, o que, aliás, justifica e fundamenta a medicalização (KAMERS, 2013, p. 155).

Com base no discurso do adulto sobre a criança e o adolescente, desconsiderando o contexto no qual eles estão inseridos, os determinantes sociais, políticos e relacionais envolvidos no processo de adoecer, o processo de medicalização da infância e seus comportamentos caminham a passos largos[50]. Multiplicam-se os transtornos, doenças, distúrbios que precisam de um diagnóstico que classifique e justifique práticas curativas que os redima. O que hoje se desprende quase sempre ao final desse processo é que, se o problema é psiquiátrico, basta para ele uma solução medicamentosa...

---

[50] Segundo dados de uma pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), em 10 anos o Brasil registrou um aumento de 775% no consumo de Ritalina (metilfenidato). Conhecida como 'droga da obediência', a Ritalina e similares vêm sendo administradas para tratar casos diagnosticados com "Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade". Para saber mais sobre a referida notícia acessar <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-registra-aumento-de-775-no-consumo-de-ritalina-em-dez-anos,1541952>.

Por outro lado, quando nos debruçamos sobre esse estudo e problematizamos os modos como na contemporaneidade os homens lidam com o sofrimento psíquico, não o fazemos deliberadamente, nem as reflexões que nos movimenta são frutos de leituras particulares. É preciso salientar que a problematização sobre as condições de cuidado, o saber/fazer produzidos acerca da loucura mantém-se difuso e segue sendo sustentado por sensos e contrassensos, marcado por avanços e por desafios que a história pode ajudar desvelar.

Os prenúncios da reestruturação necessária ao campo da saúde mental ascenderam aqui no Brasil com o Movimento da Reforma Psiquiátrica[51] inspirado em vários movimentos reformistas nascidos na Europa e nos Estados Unidos no contexto pós II Guerra Mundial. Naquele período os olhares da sociedade se voltaram para as práticas psiquiátricas e as condições de vida oferecidas aos internos dos grandes hospitais psiquiátricos, suscitando questionamentos e demandando várias propostas de reforma, e cada uma a seu modo, revelaria as propriedades do que se queria (ou não) transformar.

Entre os movimentos reformistas que merecem ser citados temos a proposta inglesa das Comunidades Terapêuticas, a francesa da Psicoterapia Institucional e da Psiquiatria de Setor, bem como a proposta estadunidense da Psiquiatria Comunitária e Preventiva. Essa última proposta de reforma especialmente alimentara o sonho de se adiantar à emergência da doença, se infiltrando precocemente "na trama cotidiana da sociedade" (YASUI, 2010b, p. 4) e partindo dessa ideação, assevera Amarante (1995; 2007), a desinstitucionalização equivaleria à desospitalização, ou seja, a busca é pela redução do ingresso dos pacientes no hospital psiquiátrico.

De forma geral, as propostas acima elencadas, forjaram importantes críticas ao modelo psiquiátrico e à estrutura asilar, propondo desde reformas internas, como é o caso das Comunidades Terapêuticas, até a extensão da psiquiatria aos espaços públicos, como propunha a Psiquiatria Comunitária. Embora sugerissem redimensionar a assistência, essas propostas de reforma permaneceram entendendo a saúde mental como sinônimo de adaptação social e seguiram acreditando no hospital como *locus* de tratamento e na psiquiatria como saber competente.

Não obstante, será o movimento da Antipsiquiatria inglesa e o da Psiquiatria Democrática italiana que assumirão verdadeiramente o compromisso de romper com o

---

[51] Abordaremos brevemente marcos desse processo com vistas a situar nossa pesquisa. Por tratar-se de uma discussão complexa e cuja produção do conhecimento é vasta, indicamos como leitura primordial Amarante (1995).

paradigma psiquiátrico, desconstruindo seu aparato (instituições, práticas e saberes). Sobre esse último movimento, o da Psiquiatria Democrática italiana, é preciso que se diga que também não foi um movimento esgotado em si mesmo. Ele se constituiu e avançou a partir dos outros movimentos reformistas referidos e ao confrontar as propostas que o antecedem, conservará destes os princípios da democratização das relações entre os atores institucionais e da defesa das ações territoriais (AMARANTE, 1995).

A Psiquiatria Democrática é um movimento social e político, nascido na década de 1970, na Itália, com o objetivo de lançar bases sociais amplas para viabilizar uma nova relação entre a loucura e a sociedade. Seu principal expoente foi Franco Basaglia (1924-1980), que reconhecera que psiquiatria colocou o homem entre parênteses e se preocupou apenas com a doença, convidando-nos a fazer uma inversão: colocar a doença entre parênteses para entrar em contato com a existência-sofrimento do sujeito. Para Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 27-28) a psiquiatria ao separar "o objeto fictício da doença da existência complexa e concreta" abriu caminho para a construção de "um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos (precisamente a 'instituição'), todos referidos à 'doença'".

Do legado de Basaglia muito se haveria a dizer. Entre tantas outras proposições destacamos a análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e com a diferença, afiançando ser preciso radicalizar o conceito de desinstitucionalização. Desinstitucionalizar significaria colocar a comunidade e o território no centro das atenções e não mais a instituição. A desinstitucionalização seria em essência um trabalho terapêutico voltado para a reconstituição de sujeitos que sofrem.

Abrindo mão do mandato da solução-cura, várias possibilidades de cuidados seriam produzidas incidindo tanto sobre a vivência de sofrimento quanto nos modos de vida possíveis dentro de um dado contexto sociocultural. Como bem lembrara Rotelli (1986 apud AMARANTE, 1995) o problema da loucura seria muito mais sociocultural e por isso não bastaria derrubar as paredes do manicômio, mas pleitear um movimento social muito mais complexo. Portanto, a Reforma Psiquiátrica vem ao longo de seu processo de construção defendendo que a transformação necessária ao campo da saúde mental precisa transcender a reorganização do modelo assistencial, impetrando as práticas vigentes e as concepções sociais (AMARANTE, 2008).

O movimento italiano ecoará no Brasil especialmente em finais da década de 1980 indicando paulatinamente caminhos na direção da superação do modelo manicomial que vigorava. As ideias de Basaglia tiveram repercussão internacional, tendo em vista o processo

que englobou o projeto de humanização do hospital de Gorizia, cidade do nordeste da Itália, e posteriormente a experiência de Trieste, a partir de 1971, quando de fato o modelo manicomial deu lugar a uma rede substitutiva de cuidados, motivando ainda a promulgação da Lei nº 180 de 1978, que ficou conhecida como Lei Basaglia.

Em solo brasileiro o final da década de 1970 testemunhou um conjunto amplo de debates sobre os rumos político, econômico e social do país. Depois de anos de ditadura, sobrevém o levante de movimentos pela redemocratização e a luta pelo direito à saúde. Essa luta ganhará aliados como trabalhadores da saúde, usuários e seus familiares, instituições de ensino, sindicatos, partidos políticos de esquerda e outras organizações da sociedade civil, que indicarão pautas e reivindicações que fortalecerão o que ficou conhecido como "Movimento Sanitário", que assumiu como bandeira a reforma sanitária do país[52].

Entre seus militantes de esquerda muitos acreditavam que a luta pelas reformas no sistema de saúde prepararia o país para reformas socialistas em outros setores futuramente (CAMPOS, 2007). Embalados por esse entusiasmo, realizaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS em 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) datada de 1987 e a II CNSM de 1992. Essas conferências são consideradas marcos decisivos para a sustentação da política de saúde e de saúde mental vigentes no Brasil. Neste sentido relembramos que muitas das propostas da 8ª CNS firmaram diretrizes essenciais para a criação do SUS como sistema de saúde universal, garantido pelo Estado na Constituição Federal de 1988 e que se constituiu como valor de cidadania, rompendo com concessão baseada na exclusão e no mérito laboral.

Paim et al. (2011, p. 11) afirmam que a reforma sanitária e o SUS como sua principal conquista, teve como característica fundamental "o fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais". Destarte, o SUS enfrentou (e enfrenta) dificuldades para sua efetiva implementação pelo subfinanciamento do sistema[53], a distribuição desigual dos serviços de saúde com o privilégio

---

[52] O termo 'Reforma Sanitária' foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população" (http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html).

[53] Lembra Campos (2013) que o subfinanciamento é um dos maiores entraves para efetivação do SUS. Calcula-se que seria necessário dobrar os gastos com o SUS - de 3,6% do PIB para ao menos mais de 7%. Ademais, é urgente, assevera o autor, eliminar o incentivo fiscal e repasses de recurso público para o setor privado: cálculos indicariam que assim poderiam ser injetados mais de R$ 20 bilhões no SUS ao ano.

das regiões mais desenvolvidas do país, bem como o desmedido apoio do Estado ao setor privado. Para esboçar essa afirmação os autores lembram, por exemplo, que

> o SUS é altamente dependente de contratos com setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio de diagnósticos e terapêutico, apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4 dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é desigual (PAIM et al., 2011, p. 24).

Evidencia-se que a proposta do SUS, enquanto um sistema nacional-público não corrobora os interesses privatistas que por muito tempo dominaram (e dominam) a organização/manutenção da política de saúde no Brasil. Campos (2007) destaca que a defesa de um modelo liberal-privatista de saúde pode ser explicada, por exemplo, pelo fato de que antes do SUS a rede privada recebia cerca de 80% do financiamento do Estado. Neste sentido, pensar na reforma pleiteada pelo SUS é pensar na reforma necessária ao próprio Estado e como contesta Paim et al. (2011, p. 28) "o maior desafio enfrentado pelo SUS é político" e superar esses desafios demandará "uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas".

Paim (2009) quem irá afirmar que o Brasil já teria condições reais de ter equacionado várias questões que envolvem os problemas do financiamento, organização, infraestrutura e gestão do SUS. A despeito dos esforços despendidos em prol da construção de um modelo integral, efetivo e de qualidade, o autor identifica obstáculos que nas duas últimas décadas impediram a efetivação do SUS, como "clientelismo político, fisiologismo e favoritismo; debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; falta de compromisso com os serviços públicos; deficiências no suprimento de insumos" (PAIM, 2009, p. 28). A esses apontamentos de Paim (2009) podemos acrescer que em termos de favoritismo, há claramente o predomínio de um modelo saúde-doença ainda médico-centrado, curativo e especializado.

Moura (2014) por sua vez salienta que em detrimento dos inegáveis avanços da saúde pública ainda existem entraves e desafios para a consolidação e efetivação do SUS. Os desafios mais evidentes decorreriam em primeiro lugar do fato de o SUS possuir um caráter contra hegemônico, o que por si impede seu pleno desenvolvimento e, em segundo lugar, o fato de ele ter sido idealizado em um país cujas dimensões continentais e as desigualdades regionais e econômico-sociais extremas conformam-se em obstáculos para garantir a efetivação dos princípios de acesso universal e equitativo e da atenção integral à saúde.

Em detrimento de tantos fatores desfavoráveis, a ousadia da reforma e o advento do SUS permitiram mudanças que nas últimas décadas beneficiaram a construção de um novo

modo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico. O compromisso de romper com a exclusão/marginalização, bem como com as práticas tutelares, alimentou a luta coletiva do Movimento da Reforma Psiquiátrica que no Brasil esteve, em muitos momentos, em consonância com o Movimento Sanitário[54].

No Movimento da Reforma Psiquiátrica o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM teve papel protagonista. Amarante (1995), ao refazer a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira relaciona esse movimento ao estopim do episódio que ficou conhecido como a "crise da DINSAM" – Divisão Nacional de Saúde Mental[55]. Após deflagrarem uma greve em abril de 1978 que culminou na demissão de 260 estagiários e profissionais, várias denúncias sobre as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos vieram à tona: mortes e maus tratos, falta de recursos e precariedade do trabalho, entre outras. Nesse mesmo ano, profissionais da saúde demitidos divulgam o Manifesto de Camboriú, no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Santa Catarina. No ano seguinte – 1979 – durante o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (ENTSM), realizado em São Paulo, tem origem o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM).

O MTSM era um movimento paraestatal, como lembra Ferreira Neto (2011), e seu protagonismo fez-se sentir no fomento da realização da I CNSM em julho de 1987, proposta como desdobramento da 8ª CNS, por nós há pouco mencionadas. Amarante (1995) lembra que a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) aliou-se à direção do DINSAM para organizar essa conferência inaugural pretendendo retomar a liderança na formulação da política que até então era ocupada pelo MTSM. Tanto o DINSAM quanto a ABP queriam uma conferência nos moldes de um congresso científico. Mas a I CNSM aconteceu em clima de embate: mais de 176 delegados foram eleitos nas pré-conferências convocadas pelo MTSM, usuários, representantes dos mais diferentes segmentos sociais assistiram o fim da

---

[54] Segundo Ferreira Neto (2011) o Movimento Sanitário e o Movimento da Reforma Psiquiátrica passaram por momentos de conjunção e disjunção. Lembra que suas origens são disjuntas: o Movimento da Reforma Sanitária nasce na década de 1970 e posteriormente provocou a criação do SUS; já o Movimento da Reforma Psiquiátrica tem como marco o final da década – 1978 – e culminou na criação de uma rede substitutiva para a assistência em saúde mental. Na década de 1980 ocorreu a primeira conjunção: o Movimento Sanitário e o da Reforma Psiquiátrica ocuparam espaços públicos de poder, chegando a se confundirem com o próprio Estado. No ano de 1987 quando ocorreu o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, o ideário da desinstitucionalização induziu uma nova disjunção e fortaleceu-se a defesa da autonomia do Movimento da Reforma Psiquiátrica em relação ao Estado, privilegiando alianças com a sociedade civil, movimentos populares, associações de usuários e de familiares, entre outros. No raiar do novo século ocorreu uma nova conjunção quando promulgada a Lei 10216/2001 institucionalizando o movimento, tal qual ocorrera anteriormente com a Reforma Sanitária.

[55] O DINSAM era o órgão responsável pela normatização, avaliação e controle dos programas de saúde mental no Brasil naquele período.

trajetória sanitarista do Movimento da Reforma Psiquiátrico e início de outra trajetória: o da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção de novas formas de cuidado.

Em 1987 aconteceu também o II ENTSM em Bauru (SP). Esse encontro marca o início do Movimento da Luta Antimanicomial, que assume o lema "Por uma sociedade sem manicômio", consolidando a trajetória de construção do novo projeto de saúde mental para o país concluindo que esse projeto não seria tarefa exclusiva dos trabalhadores da saúde mental, tampouco a Reforma Psiquiátrica estaria restrita ao campo técnico-assistencial. Dito de outra forma, como ressaltara Amarante (1995), o II ENTSM é considerado um marco na história da Reforma Psiquiátrica brasileira, porque representa a consciência de que a construção de um novo modo assistencial só se materializará a partir da articulação dos diferentes segmentos da sociedade em torno dessa causa.

Hirdes (2009) aponta alguns marcos práticos que contribuíram para o movimento reformista. Cita a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos e a criação do Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira, já citado por nós, localizado em São Paulo, e do Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul, conhecido como "Nossa Casa". Lembra ainda que a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em 1989 foi um marco na história da psiquiatria brasileira porque expressa uma experiência inovadora de uma intervenção médico legal em um asilo. Esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de estruturas substitutivas.

À medida que destacamos no Movimento da Reforma Psiquiátrica, sua clara filiação com os movimentos sociais e a participação de vários atores nesse processo, perguntamo-nos qual lugar a infância e a adolescência vão ocupando, por exemplo, nas Conferências Nacionais de Saúde Mental – CNSM enquanto espaços de construção coletiva e democrática.

Como já destacamos, muitos debates gestados coletivamente nos espaços das conferências subsidiaram mudanças importantes na construção da atual Política Nacional de Saúde Mental. Trazendo um pequeno recorte desse processo, lembramos que infância e adolescência aparecem de maneira tímida nas discussões gerais da reforma psiquiátrica prementes nas duas primeiras CNSM. Na II CNSM, em 1992, por exemplo, os debates trazem apontamentos sobre os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens. Como Luzio e Yasui (2010) destacaram, um conjunto de deliberações da II CNSM se converteu

posteriormente em portarias ministeriais[56] e conquistas de espaços estratégicos que transformaram diretrizes e propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial em uma política pública oficial.

Cabe, além disso, assinalar que a II CNSM aconteceu dois anos após a promulgação do ECA, na década de 1990. Nessa mesma época, outro evento significativo marca o primeiro período da reforma: a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica ocorrida em Caracas, na Venezuela. Nesta conferência redigiu-se um documento que ficou conhecido como "Declaração de Caracas", através do qual os países latino-americanos se comprometem a reestruturar a assistência em saúde mental, até então psiquiátrica e hospitalocêntrica, substituindo-a por uma proposta pautada na dignidade e nos direitos dos usuários. Assim, entre os princípios fundamentais elencados nessa Declaração estariam:

> 1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos sistemas locais de saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços (OMS/OPAS, 1990, p. 1).

Assim, quando a saúde mental infantojuvenil é enfim problematizada, essa problematização compõe o caldo maior de debates e reivindicações que desde finais da década de 1970 vinham se acirrando. Com isso queremos destacar que a promulgação do ECA em 1990 e da legitimação dos direitos humanos fundamentais[57] de crianças e adolescentes, bem como a definição de medidas protetivas que não discriminem mais nenhum segmento, nem tome uma classe social como exclusiva, só tornou-se possível porque um outro contexto político e social já vinha há tempos e por muitas mãos sendo preparado. A partir de então, crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos em sua condição cidadã, reivindicando-se para elas, inevitavelmente, a prioridade absoluta quando da elaboração das políticas públicas sociais.

Quando a III CNSM foi realizada em dezembro de 2001, um lugar mais preciso para a infância e adolescência dentro da Reforma Psiquiátrica parecia enfim poder ser vislumbrado.

---

[56] Entre 1990 a 2010 o Ministério da Saúde – MS - publicou 68 portarias voltadas à área de saúde mental, desde portarias sobre a regulamentação dos serviços, formas e valores no financiamento, até a criação de programas e grupos de trabalho (BRASIL, 2013).

[57] São considerados direitos fundamentais: vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990)

Essa conferência aconteceu em meio ao entusiasmo da aprovação da Lei 10.216[58] e teve sua importância reconhecida pelo alinhamento com as ideais do Movimento da Luta Antimanicomial e por ter contribuído para o redirecionamento do modelo assistencial, com a política de saúde mental, passando a ter na esfera pública sua maior referência (BRASIL, 2005). Assim, em consonância à proposta da Reforma Psiquiátrica e aos princípios do ECA, na III CNSM determinar-se-ia a urgência de ações político-assistenciais no cuidado e tratamento de crianças e adolescentes, com propostas que vislumbrariam desde questões do financiamento e recursos humanos, até aquelas que impetravam a importância do controle social, da garantia dos diferentes direitos fundamentais alçada à cidadania. E, como lembra Lobosque (2009) a Reforma não se reduz à esfera legislativa, política e institucional e mesmo não negando que mudanças nessas dimensões sejam imperativas para o processo pleno de transformação da relação que estabelecemos com a loucura, o que "há de original e vivo no movimento da Reforma Psiquiátrica" seria a própria "concepção de subjetividade e cidadania, vida e saúde" que a sustenta (LOBOSQUE, 2009, p. 22).

A IV CNSM por sua vez será chamada de 'Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial' (IV CNSM-Intersetorial). Em 2010 um novo cenário técnico-assistencial e jurídico-político já estará desenhado dentro do processo de reforma. No relatório daquela conferência (BRASIL, 2010a), cujo destaque à intersetorialidade está exposto no seu próprio nome, a Atenção Psicossocial infantojuvenil já aparece com mais exclusividade numa seção denominada "Saúde Mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade" (BRASIL, 2010a, p. 92). Propõe-se nesse relatório inclusive que se construam e fortaleçam "espaços coletivos intersetoriais como instâncias de discussão da política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, através de fórum permanente" (BRASIL, 2010a, p. 92) considerando imprescindível que haja a "interlocução com a Educação, Conselhos Municipais de Saúde, Juizado, Promotoria, Conselhos Tutelares e Rede Nacional dos direitos Humanos" (BRASIL, 2010a, p. 79).

Essas reivindicações expressas na IV CNSM-Intersetorial ganham sentido à medida que, retornando ao início dos anos 2000, observamos que desde a III CNSM os ventos favoráveis daquele contexto corroboraram para a aprovação de diretrizes para uma Política

[58] A lei federal 10.216/2001 versa sobre "a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental" (BRASIL, 2004a, p. 17). Essa lei é um marco jurídico para a construção de uma nova lógica de cuidado à saúde mental no Brasil. Contudo, como esclarecem Luzio e Yasui (2010) seu formato final se distância muito "do radicalismo saudável do projeto original, proposto pelo Deputado Paulo Delgado, em 1989" (LUZIO; YASUI, 2010, p. 21). Lembram os autores que a versão original da Lei não falava em redirecionamento, mas propunha claramente a "extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços" (LUZIO; YASUI, 2010, p. 21).

Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, propondo a criação na rede de um serviço público específico e a formação de recursos humanos, bem como observar-se a prioridade da desinstitucionalização, da necessidade de um levantamento epidemiológico, da problemática do consumo de álcool e outras drogas, do acompanhamento aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, entre outros.

De tal modo, em 2002, como desdobramento da III CNSM, por meio da Portaria 336/02, que substituiu a 224/1992 que até então orientava a assistência em saúde mental no SUS, criava-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS álcool e drogas (CAPS ad) e CAPS Infantojuvenil (CAPSi). Sobre as especificidades do CAPSi falaremos no próximo capítulo. Interessa-nos aqui localizá-lo como parte do processo do complexo de transformação no campo da saúde mental que por sua vez transcende a reorganização da assistência e impetra nas práticas vigentes e nas concepções gestadas socialmente.

O CAPSi compõe uma rede de serviços substitutivos que contribuirá para essa transformação. Para tanto, pleiteia, como destacamos anteriormente, que se articule a um só tempo e concomitantemente, outras mudanças necessárias nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, sociocultural e teórico-conceitual (AMARANTE, 2008; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

No campo técnico-assistencial o CAPSi faz parte de uma rede de serviços que intenta romper com as práticas disciplinares e excludentes, próprias do paradigma psiquiátrico. No campo político-jurídico ele dependeu de leis e de portarias que contribuíram de maneira geral para que a Reforma Psiquiátrica pudesse avançar, fomentando diretrizes políticas de garantia de direitos e de inclusão social dos usuários da saúde mental. Acrescido a esse debate, entendemos que o CAPSi requisita transformações no campo sociocultural pois suas práticas precisam romper com estigmas, preconceitos e estereótipos em relação à loucura e à pessoa em sofrimento psíquico, favorecendo por conseguinte, mudanças na concepção e no imaginário social sobre a loucura. Por fim, e não menos importante, o CAPSi pronuncia que as práticas e saberes da psiquiatria tradicional sobre a doença mental sejam desmitificados, arraigando outros conceitos como cuidado, acolhimento, autonomia, contribuindo para que o campo teórico-conceitual também se transforme. Se o CAPSi não se limita a atuar como um mero serviço, mas como estratégia em meio a tantas outras igualmente potenciais, poderá contribuir para a superação da lógica manicomial.

Porquanto destacamos algumas das premissas da Reforma Psiquiátrica encontramos claramente um lugar reservado à infância e à adolescência nesse movimento. Um lugar que se

propõe não ser mais o da tutela, da prostração e do isolamento. Contudo, em que pese o valoroso processo, cujas nuances apenas procuramos retomar, o modelo asilar parece ainda resistir ao tempo e aos espaços e concorrer com os esforços que confirmam que é possível assistir sem segregar, sem institucionalizar, como defendido pelo Movimento da Luta Antimanicomial, cujos ideais inspiram a atual Política Nacional de Saúde Mental no Brasil.

No Brasil existiriam mais de 30.000 crianças e adolescentes institucionalizados. Destes, "19.400 crianças e adolescentes estão institucionalizados em abrigos, incluindo os abrigos para portadores" e "11.000 adolescentes cumprindo medida socioeducativa em regime de internação". Outra constatação é a de que a maioria das crianças e adolescentes estão "internados em instituições psiquiátricas voltadas para a população adulta" e a "maioria por determinação judicial" (BRASIL, 2005, p. 67-68). Dados mais recentes atestam que essa realidade é deveras preocupante, independente do viés da institucionalização que se privilegia. É o que nos informa dados do Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Acolhidos – CNCA – datados de fevereiro de 2012: só vivendo em abrigos no Brasil existiriam cerca de 37.240 crianças e adolescentes (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2012).

A vulnerabilidade social vivenciada pelas famílias produz em grande parte os motivos que sustentam a cultura da institucionalização. Gomes (2014) tentando responder sobre a existência da relação direta entre a pobreza e o acolhimento institucional de crianças e adolescentes nas instituições fiscalizadas por uma dada Vara da Infância e da Juventude concluiu que sim, que a pobreza está entre os motivos principais para o acolhimento institucional e que o uso abusivo de álcool e outras drogas é o elemento determinante na aferição da situação de vulnerabilidade dessas famílias.

Cavalcante, Magalhães e Pontes (2007) após estudarem as condições gerais em que 287 crianças foram encaminhadas, acolhidas e cuidadas em um abrigo infantil de Belém, entre 2004 e 2005 concluíram que a institucionalização tem sido precoce: 34,84% abrigadas antes de completar 1 ano de idade. Entre os motivos que levaram ao abrigamento, 40,41% se deram pela conjunção de fatores relacionados às condições de privação material e emocional.

Sob a insígnia da negligência, da falta de condições socioeconômicas, do uso abusivo de drogas por parte dos responsáveis, dos maus tratos, do abandono e das violências, muitas crianças e adolescentes seguem sendo retiradas de suas famílias, incorrendo em sofrimento psíquico, rompendo ou enfraquecendo seus vínculos sociocomunitários, indicando-nos percalços que ainda carecem de enfrentamento por parte das políticas públicas e da sociedade no geral. Essa constatação tem requisitado que a política de Assistência Social se envolva historicamente nessa questão buscando inclusive problematizar os encaminhamentos da

justiça que muitas vezes desconsidera os percalços vividos por essas famílias e toma a institucionalização como a mais indicada resposta.

Há muito se sabe que qualquer que seja a forma de institucionalização traz prejuízos para o desenvolvimento humano, produz outras perdas, rompe laços afetivos, fragiliza. Muitas vezes desconsiderando que saúde mental é um processo multifacetado e em detrimento das diretrizes da Política de Saúde Mental do Brasil[59], crianças e adolescentes seguem tendo seus destinos selados por longos e longos períodos de institucionalização psiquiátrica. Poucas dessas histórias ganham visibilidade. Algumas, como as de Raquel e José (nomes fictícios), tiveram o silêncio da indiferença quebrado graças à publicização dada por Eliane Brum em reportagem de 17/03/2014, no Jornal El Pais. Sob o alusivo título de "Como se fabricam crianças loucas" Brum (2014) baseia-se na dissertação de mestrado de Flávia Blikstein (2012) para desvelar a realidade de vidas ceifadas por internamentos que mesmo sem diagnósticos, se perpetuam. Essas são circunscrições comuns ao caso de Raquel com seus 1807 dias de confinamento e ao de José com 1271 dias de vida reclusa, ambos no Centro de Atendimento Integrado de Saúde Mental Philippe Pinel, referência para tal procedimento no estado de São Paulo. Duas crianças que se transformaram em adolescentes entre os muros do hospício no transcurso da primeira década do século XXI e que ajudaram a responder que a fabricação de crianças loucas no Brasil segue basicamente duas vias: 55% das internações ocorrem a pedido da família ou dos serviços da rede de saúde, e 45% se dão por ordem judicial. A internação por ordem judicial "revela uma concepção sobre a infância e a adolescência pautadas no medo e no perigo. Propõe uma resposta única a todas as situações, sem considerar diferenças, singularidades e contextos" (BRUM, 2014, p. 5).

Esses dados confirmam que em seus aspectos gerais a política de saúde mental, e a saúde mental infantojuvenil em particular, como pleiteia a proposta da Atenção Psicossocial, ainda não está consolidada no Brasil. Avanços e retrocessos são com frequência identificados. Nesta seção da tese procuramos destacar alguns desses avanços e retrocessos que nos indicam que transitamos por um campo permeado por resistências, contradições, interesses e concepções divergentes e inclusive, conflitantes. Neste sentido, assistimos a coexistência de práticas condizentes com as propostas da Reforma Psiquiátrica e práticas manicomiais, ou, tão manicomiais quanto aquelas produzidas pelos próprios hospícios, enganando aqueles que acreditam que a cultura da institucionalização está plenamente superada.

---

[59] O internamento aparece na Política Nacional de Saúde Mental como sendo um último recurso, depois de esgotados todos os recursos extra-hospitalares.

4 DA LÓGICA E DOS VIESES DO CUIDADO À SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Nessa seção damos destaque ao que demarca o cuidado ao sofrimento psíquico na lógica da Atenção Psicossocial e que delega ao CAPSi um mandato que extrapola o clínico e adentra o campo político e social. Adentramos a discussão acerca da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o lugar que o CAPSi ocupa nessa construção, inserindo informações sobre o *lócus* da nossa pesquisa. Caracterizamos por conseguinte a rede na qual o CAPSi está inserido não perdendo de vista que esta não se encerra nos serviços e ações dispensadas pelos profissionais da saúde, envolvendo diversos atores e espaços múltiplos e diferentes políticas setoriais.

4.1 O CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: A LÓGICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Para as rosas, escreveu alguém,
o jardineiro é eterno.
Machado de Assis

De maneira recorrente as crianças são comparadas às flores. Como as flores, acredita-se, elas precisam ser cuidadas para desabrocharem e atingirem seu potencial de beleza. A infância é por muitos, considerada a época da vida mais profícua para o cultivo e do mesmo modo, para sua proteção. No entanto, como no tópico 3.3 salientamos, sob o mote do discurso protecionista, historicamente a assistência à infância e adolescência no Brasil redundou em práticas de tutela que desembocaram recorrentemente na institucionalização.

Considerando que a proposta da Atenção Psicossocial transita por outros modos de pensar/fazer saúde mental, qual seria a lógica que subjaz o cuidado que essa proposta indica? Pretendemos nesse tópico fazer um exercício de síntese e apresentar algumas premissas da Atenção Psicossocial que forjam uma lógica do cuidado em saúde mental infantojuvenil que supera o modelo manicomial.

Como destacamos ao longo da seção 3, as duas últimas décadas do século XX foram especialmente férteis para a implementação de mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil, culminando na criação do SUS e no reconhecimento da saúde como direito inscrito na Constituição Federal de 1988. Foi baseado nessa lei magna que o ECA em 1990 (BRASIL,

1990), considerada das legislações mais avançadas do mundo ocidental, ratificou para o público infantojuvenil os chamados direitos humanos fundamentais, entre eles o direito à saúde, prevendo-lhes prioridade absoluta ante a elaboração das políticas sociais públicas.

Entretanto, em que consistiria essa 'prioridade'? Ao alicerçar-se na doutrina da proteção integral o ECA cunharia para crianças e adolescentes a prioridade de: 1) receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; 2) preceder o atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; 3) ter preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e 4) ter destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas à sua proteção.

Ao concebê-las como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento confiava-se ao Estado, à sociedade e à família, a tarefa de garantir as condições necessárias para um desenvolvimento saudável. Sendo a saúde um direito fundamental e o acesso a bens e serviços condição crucial para esse desenvolvimento, considera-se que, entre outras coisas, seja importante que

> [...] crianças e adolescentes tenham acesso ao convívio com adultos acolhedores e afetivos, preferencialmente familiares; ao sentimento de pertença a um grupo social; à educação formal; às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; ao desenvolvimento e qualificação profissional; à possibilidade de realização de seus projetos de vida, reconhecendo os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam a exequibilidade dos mesmos (BRASIL, 2013a, p. 10).

Destacamos acima dois importantes entendimentos que permeiam a lógica da Atenção Psicossocial: o primeiro é o de que crianças e adolescentes devem ter resguardados seus direitos humanos fundamentais, entre eles o da saúde, que sendo entendida como resultado de um processo complexo e multideterminado e por estarem em processo de desenvolvimento, sua produção permanece alçada às condições da vida material. Segundo que não podemos perder de vista que as políticas sociais públicas podem se tornar ora promotoras, ora cerceadoras das oportunidades que demarcam um desenvolvimento saudável. Um desenvolvimento que não está a mercê de uma essência humana que fica apenas à espreita para desabrochar. Defendemos uma visão de homem e desenvolvimento que está em movimento, que está em permanente construção. Essa concepção desnuda que precisamos investir em políticas públicas de qualidade que medeiem o acesso ao que de melhor a humanidade já produziu.

Dos vieses prontamente identificáveis, especialmente no Brasil, temos que a produção de saúde/saúde mental estaria atrelada às situações de desigualdades e de históricos processos

de exclusão e discriminação, seja pela pobreza, seja pelo não acesso à educação[60], pela exploração sexual[61] e/ou exposição às mais diferentes e cruéis formas de violência. São constatações que desvelam que o ideário socializador do SUS e da proposta da Atenção Psicossocial estão ao reboque de um sistema que expropria e adoece, e que produz a necessidade de criação de políticas que minimizem seus efeitos. São constatações que desnudam que sem conseguir intervir sobre os determinantes sociais da saúde permaneceremos numa posição constante de enfrentamento.

Quando adentramos o campo da saúde mental essas constatações explicitam que, em detrimento da doutrina da proteção integral, em se tratando da população infantojuvenil, as prioridades elencadas parecem não se materializar em termos de implementação e fomento de uma rede substitutiva de cuidados. Ao compararmos as ações pleiteadas à população adulta na Política Nacional de Saúde Mental, que vem sendo problematizada enfaticamente desde finais da década de 1970 e tendo seu modelo assistencial reordenado mais especificamente nas duas últimas décadas, veremos que esse mesmo fomento não pode ser verificado em relação às ações de cuidado voltadas à saúde mental infantojuvenil. Vejamos: em 2011, os CAPSi distribuídos em todo Brasil totalizavam 122 unidades (BRASIL, 2011), porém enquanto a implantação dos CAPS para adultos aumentou 246% entre os anos de 2006 e 2010, a implantação dos CAPSi cresceu apenas 8%.

A despeito dessa realidade, no final da seção anterior vimos destacando a importância da III CNSM e como um dos seus importantes desdobramentos está a proposição dos CAPS voltados ao público infantojuvenil. Foi a partir da Portaria nº 336 (BRASIL, 2002a) que se oficializou os CAPS; que o CAPSi constituiu-se pela primeira vez como uma modalidade de assistência especificamente pública para esse segmento, dando contornos jurídico-políticos e técnico-assistenciais em conformidade com os ideais da Reforma Psiquiátrica que inspiraram a lógica da Atenção Psicossocial.

---

[60] A cargo de ilustração temos alguns dos dados apresentados do documento "Síntese dos indicadores sociais 2013: uma análise das condições de vida da população brasileira" que revelam que o acesso desigual à educação começa muito cedo no Brasil. Comparando: entre os 20% mais pobres 21,9% das crianças de 2-3 anos frequentam creche, enquanto entre os 20% mais ricos esse percentual chega a 63%. O documento ainda expõe que essa desigualdade se acentua quando comparada as regiões norte, nordeste e sudeste do Brasil. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf>.

[61] Sobre esse tipo de violência podemos citar o aumento das denúncias de casos de abuso e exploração sexual de crianças durante o período da Copa do Mundo no Brasil – 12/06 à 13/07/2014, recebidas pelo *Disque 100* (número de telefone que é referência nacional). Comparados ao mesmo período de 2013, o número de denúncias saltou de 524 casos para 740 do referido período. Essas informações se encontram em: Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-08/promotores-de-justica-divulgam-mocao-de-repudio-exploracao-sexual>.

Evidentemente a citada Portaria 336/02 apenas institucionalizou um processo que já estava socialmente em curso. O ideário socializador do SUS e da Reforma Psiquiátrica inspiraram a criação de uma rede de serviços substitutivos, entre eles o CAPSi. No curso desse processo, o CAPSi vem sendo considerada a iniciativa mais concreta de deslocar para a rede pública o cuidado com a saúde mental de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente (psicóticos, autistas, neuróticos graves, entre outros), impossibilitados ou afetados de alguma forma em sua condição de manter ou estabelecer laços sociais e projetos de vida. Assim, o CAPSi nasceu com a função de se constituir (re)ordenador da demanda em saúde mental infantojuvenil no seu território de abrangência e esperava-se que ele se consolidasse progressivamente como dispositivo estratégico para o processo da reforma avançar.

Para além do desejo da construção de uma nova estrutura física, demandava-se um novo jeito de fazer saúde mental, privilegiando as ações no território que articulassem os diversos campos que entrecruzam e implicam na vida do sujeito que sofre, produzindo vida e não mais prostração, promovendo cidadania e não mais desqualificação social, rompendo com a segregação e favorecendo assim, a inserção social dos usuários (LUZIO, 2011). Para ser estratégico, o CAPSi (como outros serviços substitutivos) não pode conformar-se como um mero serviço da rede e precisa (inter)mediar a (re)inserção social e comunitária e contribuir para o (re)posicionamento subjetivo, cultural, político e social dos seus usuários.

Aqui vai se desenhando uma concepção de saúde mental sustentada pela Atenção Psicossocial: saúde mental seria a capacidade de criar, de enfrentar a realidade e de transformá-la, produzindo-se como sujeito. Produzir-se como sujeito, por sua vez, implica ser capaz de beneficiar-se dos encontros oportunizados pela vida e de construir outros, de poder fazer escolhas, trocar afetos, mensagens. Isso implica ter condições de fazer uma (re)leitura de si e do mundo. Essa concepção por si solicita a redefinição do próprio objetivo do cuidado em saúde mental, que deixa de ser a cura, para dar lugar às mais variadas formas de produção de vida. Essa seria uma premissa fundante para o cuidado baseado na lógica da Atenção Psicossocial.

Por isso ser chamado estratégico. Para o sê-lo, sugestivamente o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) incluiu entre as diferentes modalidades de práticas e atividades possíveis de serem implementadas pelo CAPSi, além daquelas de caráter individual, as atividades grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimento familiar, e sobretudo, deu destaque às atividades extramuros, entendendo que as mesmas (inter)mediam a (re)inserção social e comunitária e contribuem para o (re)posicionamento subjetivo, cultural, político e social dos seus usuários. Tal qual destacou Burali (2014), o CAPS seria

> um equipamento que tem como missão a responsabilidade de auxiliar pessoas que foram desapropriadas de si, que desaprenderam a ser sujeitos, que desaprenderam a desejar e a querer, a fazer a travessia para o território da existência no espaço da cidade e para o cotidiano da vida, aprendendo a ser sujeitos de direitos (BURALI, 2014, p. 27).

Em se tratando de crianças e adolescentes, mais que falar que estes desaprenderam a ser sujeitos entendemos que talvez muitos sequer chegaram a se reconhecer e/ou serem reconhecidos como tal. Como destacamos há pouco, o reconhecimento social da sua condição cidadã é bastante recente na história do Brasil. Sua inserção no rol de debates considerados relevantes dentro da saúde pública e a consideração de uma urgente reorganização técnico-assistencial também o é.

Dentre as iniciativas que marcaram a última década, temos uma inserção mais premente quando em 2003 a OMS estabelecia que o dia 10 de outubro, Dia Mundial de Saúde Mental, teria como tema *Saúde Mental de Crianças e Adolescentes*, deliberando naquela ocasião sobre a elaboração do *Child and Adolescent Mental Health Care Plan* – um plano sobre o cuidado com o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes[62]. Outra proposição que sinaliza ventos favoráveis a uma mudança diretiva e a necessidade de uma maior atenção dos governos foi a criação de um grupo de trabalho para organizar e implementar o *Fórum Nacional sobre Saúde Mental Infantojuvenil* de viés intersetorial e que no caso do Brasil acabou sendo reconhecido como espaço deliberativo por meio da Portaria GM 1608/2004[63].

É no interjogo desse processo que assistimos de um lado a dura realidade da infância e adolescência brasileira, cujas condições materiais de existência sobrepujam sua saúde uma vez que a mesma está atrelada às situações históricas de desigualdade e exclusão, e de outro, o desenrolar de um processo social e político que antecede e gesta uma política pública de saúde mental que parece vagarosamente querer avançar.

Para avançar, foi sem dúvida, indispensável lançar mão de equipamentos públicos e de diretrizes capazes de dar conta do sofrimento psíquico na infância e na adolescência operando na lógica da Atenção Psicossocial. Não obstante, estar contemplado enquanto preocupação da OMS, criar espaços deliberativos como *Fórum Nacional sobre Saúde Mental Infantojuvenil*, inaugurar novos e muitos outros CAPSi, por si e isoladamente, não esgotam com os desafios dentro desse processo que pleiteia uma verdadeira transição paradigmática. Ao contrário,

---

62 O Plano encontra-se disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf>.

63 Essa Portaria pode ser acessada em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1608.htm>. Esse Fórum realizou seis reuniões temáticas, pactuando alguns princípios norteadores para as ações públicas na saúde mental para crianças e adolescentes. Esse conjunto de princípios foi descrito na publicação intitulada "Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil" (BRASIL, 2005) sobre a qual falaremos adiante.

entendemos que crianças e adolescentes ao comporem o palco dos debates contemporâneos no campo da saúde mental, acabam ora por acirrar, ora por nos impor outros e originais desafios.

E, como não ser cooptado pela concepção de saúde mental que segrega, estigmatiza e exclui? Como não responsabilizar o sujeito por seus conflitos e mecanismos intrapsíquicos se parte do pressuposto que saúde mental é uma categoria ontológica e universal, tal qual são concebidas comumente a própria infância e adolescência? Como garantir um cuidado integral, levando em consideração as diversidades e os processos de subjetivação de crianças e adolescentes que sofrem psiquicamente?

Reconhecendo-os como sujeitos que são ao mesmo tempo produto e produtores de suas histórias.

Em um documento recente intitulado 'Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS tecendo redes para garantir direitos' (BRASIL, 2013a), submetido pelo Ministério da Saúde à consulta pública, reforça-se a premissa de que é imprescindível que a "dimensão da saúde, enquanto produção de uma comunidade de sujeitos responsáveis pelo cuidado de si e do outro, questão essencial é a garantia do direito à palavra" (BRASIL, 2013a, p.17). Na história da assistência, ao negar-lhe o direito à palavra, negava-se também um lugar no social como sujeito. Logo, quando lhe é oportunizado, ao "falar sobre si e identificar-se com sua própria história, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família" (BRASIL, 2013a, p. 17).

Como fazer essa (re)inserção? O planejamento das ações de cuidado se dará a partir das demandas de cada caso, não havendo, portanto, um padrão invariável no qual se deva basear toda e qualquer intervenção. Aqui apresentamos outra ideia fundante da Atenção Psicossocial: não há nenhuma receita pronta de como o cuidado deva se efetivar. Será na cotidianidade, no caminhar que o percurso será definido. Esse percurso, é preciso que se diga, não está isento de contradições, incertezas e contrassensos. Importa não negá-los, pois ao considerá-los, a equipe pode tomá-los como fios condutores do caminhar.

Por outro lado, a burocratização, a padronização e rigidez das ações foram e ainda em muitos lugares são obstáculos à efetivação da proposta psicossocial em alguns serviços. O financiamento por meio da APAC – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – associava, quando da inauguração dos CAPS's, o repasse dos recursos a atendimentos padrões de casos com diagnósticos psiquiátricos estabelecidos. Paradoxalmente, a despeito da Reforma Psiquiátrica propor o deslocamento da doença para o sujeito que sofre, este precisaria estar subordinado a um rótulo que o identificasse como doente para receber

assistência. Apenas em dezembro de 2011 após muitos embates, a Portaria 3.089/2011 veio estabelecer novo tipo de financiamento para os CAPS, deixando de subsidiar procedimentos e definindo tetos máximos com valores fixos de repasse aos serviços substitutivos[64].

A dispensa da existência da instituição psiquiátrica só é possível quando há convivência, quando se privilegia o envolvimento da comunidade e se amplia o universo das relações. Nem sempre a investida em práticas que favoreçam essas premissas, que nos é tão diligente, está previamente contemplada no rol de procedimentos financiados pelo Ministério da Saúde.

Ante esse desafio, outra premissa vai se inscrevendo: a parte mais importante do trabalho não se localiza nas técnicas ou na aplicação de procedimentos isolados, prerrogativa de um ou outro profissional da saúde. O cerne do trabalho está nas relações, na corresponsabilidade e nos vínculos que se tornam possíveis muitas vezes a partir dali, do CAPSi.

Esse protagonismo do CAPSi deve ser acompanhado da preocupação legítima da não-institucionalização do cuidado. A Reforma Psiquiátrica ao tomar como desafio a desinstitucionalização do cuidado, como já pontuamos, não discute esse conceito restringindo-o apenas à criação de serviços substitutivos e no caso do CAPS, fazer o movimento de torná-lo imprescindível. Desinstitucionalizar exige colocar no lugar das práticas tradicionalmente psiquiátricas/manicomiais, práticas diversas de cuidados realizados na comunidade, no território, devolvendo àquele que sofre um lugar social. Exige uma outra clínica.

A Atenção Psicossocial pleiteia uma clínica que seja ampliada, definida como "estratégia para se compartilhar o Projeto Terapêutico entre usuário e profissionais", uma clínica que objetivaria "a cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários" (CAMPOS, 2014, p. 984), buscando entender a singularidade do sujeito, por meio do vínculo e do acolhimento, considerando a forma como esse vivencia a doença, procurando equilibrar o cuidado com a produção de vida (BRASIL, 2004d). Assim,

> [...] não se trata mais de uma clínica do olhar, mas da escuta, ou do 'olhar' que vê além dos sintomas. A clínica como encontro, capaz de produzir senso, sentidos; produção de sentidos, no lugar de reprodução; como lugar onde as identidades dos participantes já não estão predefinidas (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 30).

[64] No caso do CAPSi esse repasse atualmente é de R$32.130,00 mensais.

A clínica como encontro requer que os recursos sejam buscados não apenas na interioridade psíquica, mas acima disso, em uma ampla rede que comporte recursos diversificados, aproximando clínica e política. Deste modo, a Clínica Ampliada reivindica o trabalhar não só com o sujeito, mas com as instituições que ele traz consigo: família, escola, comunidade, entre outros, dando-lhes voz, tornando potente e ampliado seus pontos de apoio.

Deseja-se que o CAPSi favoreça a (re)inserção social dos usuários, estimulando seu livre trânsito, implementando ações emancipatórias e torne seus cuidados paulatinamente, dispensáveis. Como destacou Yasui (2010, p. 5), tal cuidado deveria fazer "a diferença na vida daquele que busca com seu sofrimento, e também, paradoxalmente, tornar-se prescindível depois de certo tempo, para que a vida siga seu curso, para que outros encontros possam surgir".

Finalmente uma última premissa que desejamos destacar é a de que a eficácia das ações de cuidado pode ser balizada pelo grau de autonomia que é capaz de ajudar a produzir. Kinoshita (1996, p. 57) definiu autonomia como "capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente". Essa autonomia não tem a ver com autossuficiência, mas com o "quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser", uma vez que essa dependência "ampliará as nossas possibilidades de estabelecer novas normas e novos ordenamentos para a vida" (KINOSHITA, 1996, p. 57).

Nessa investida, autonomia também significará ser capaz de acessar outras redes sociais de apoio necessárias ao suprimento das suas necessidades. Dialeticamente, para poder acessá-las é preciso que essas redes se construam. Essa é condição *sine qua non* para a superação das práticas manicomiais. É na espreita dessa afirmação que conduziremos as reflexões do próximo tópico.

4.2 SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): NOVO RETRATO? VELHA MOLDURA?

O Movimento da Reforma Psiquiátrica ao postular que era imperativo não somente remodelar as instituições psiquiátricas, mas desconstruí-las colocando no seu lugar uma rede de serviços capaz de substituí-las, creditava como terapêutica a liberdade, apostava que os ganhos decorrentes das trocas e do usufruto dos bens sociais seriam, para qualquer ser humano, incalculáveis. A potência estaria justamente no viver/fazer coletivo. Essa rede,

chamada substitutiva, prenunciava ser capaz de ocupar o lugar do fazer segregador e iatrogênico, próprio das instituições totais e das relações verticalizadas que as sustentam.

Mas, o que é uma rede? Uma rede acomoda muitos sentidos.

De maneira ampla, podemos falar da rede que é social. Nessa perspectiva, rede é entendida como um campo que se estrutura a partir dos vínculos formados entre indivíduos, grupos e organizações construídos longitudinalmente (MARQUES, 2000). Tais vínculos, que podem ter naturezas diversas, construídos intencionalmente ou não, estão em constante movimento, interagem e se transformam. Começamos por essa definição de rede, porque como assevera Junqueira (2000), essa concepção torna-se útil para que analisemos as políticas sociais, suas diversas dimensões, desenvolvimento e resultados.

O Ministério da Saúde vem apostando nas chamadas redes de saúde. Vejamos.

Em dezembro de 2010 o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 4.279 que orienta como deve estar organizada a Rede de Atenção à Saúde – RAS, entendida como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010b, p. 1).

No campo da saúde mental temos que o Ministério propõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – que também foi legalmente instituída pela Portaria 3.088 (BRASIL, 2011) prevendo a criação, ampliação e articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde no âmbito do SUS. A chamada 'RAPS' enfocou as pessoas em sofrimento psíquico, bem como as que possuem necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Pretendia-se que a RAPS se tornasse o retrato de outro modo de fazer saúde e que, sendo composta por serviços e equipamentos variados e articulados, pudesse fazer o processo da Reforma Psiquiátrica avançar.

A composição da RAPS, proposta segundo os moldes governamentais, pode ser vislumbrada na ilustração a seguir[65]

[65] Esse é o modelo de RAPS proposto pelo Ministério da Saúde está disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>.

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Para que se constitua uma rede, diz o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) é necessário que se estabeleça diálogos e acordos mútuos na direção de alguns objetivos, a saber: 1) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; 2) promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e, suas famílias aos pontos de atenção; e 3) garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Além desses, a Portaria 3.088 (BRASIL, 2011) ainda destaca que os objetivos específicos da RAPS seriam: a) promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); b) prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e reduzir danos provocados pelo consumo; c) promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; d) produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; e) regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e f) monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Considerando essas proposições e o exposto no desenho da RAPS sugerido pelo Ministério da Saúde, temos que a tão afamada ‘rede de Atenção Psicossocial’ abarcaria apenas os serviços da rede de saúde e refere apenas alguns pontos que podem fazer interlocução da saúde com outras políticas setoriais como é o caso da Assistência Social que

historicamente está envolvida com as Unidades de Acolhimento, e ainda, das iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e, cooperativas.

Novo retrato em uma velha moldura?

A Reforma Psiquiátrica possibilitou a construção de práticas de cuidado que se sustentam no comprometimento, no compromisso e na implicação daqueles que de alguma forma estejam envolvidos com o sujeito que sofre psiquicamente (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2010). Logo, dada a complexidade do cuidado em saúde mental, esse modelo de RAPS não seria aplicável à infância e adolescência. Ele não extrapola limites que são históricos para a política setorial da saúde e pode engessar ainda mais o processo de trabalho que, especialmente ao tratar de crianças e adolescentes, precisa estar engendrado nas diversas tessituras e ser abraçado, pactuado pelas mais diversas instituições e seus profissionais.

Ao lançar mão apenas daquele retrato de RAPS, podemos incorrer em equívocos históricos que garantem que a velha moldura da saúde mental infantojuvenil se mantenha inalterada: um campo bastante particular de saberes e práticas, com privilégio à assistência institucionalizada e das ações de grupos profissionais específicos e designados a dar conta do complexo fenômeno saúde-doença.

Logo, o que pretendemos avalizar é que somente o esforço coletivo pode promover a superação das práticas cristalizadas e que não basta que olhemos para a rede de saúde, como promulga o modelo da RAPS anteriormente apresentado, ou ainda, que justifiquemos pela inexistência de alguns dos pontos e equipamentos citados, a impossibilidade de sua construção. Para que exista uma RAPS, para além da criação de novos serviços, é preciso que os serviços existentes possam dialogar e esse diálogo não pode ficar restrito à política de saúde.

Conforme assinala Amarante (2007, p. 16) poucos são os campos de conhecimento e de atuação da política de saúde que podem ser reconhecidos como tão “complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes”. Assim, viabilizar o acesso aos diversos serviços e recursos disponíveis no território e primar pela qualidade destes, alimenta e dá sentido à construção de um modelo de atenção à saúde mental que não centraliza suas ações e possibilidades em um único equipamento, tampouco em uma única política social ou em um único grupo de profissionais.

O cuidado a ser ofertado precisa ser organizado com base na realidade local e nas particularidades de cada caso, por isso ele conforma serviços diversificados, criativos, entrelaçados e dispensados por essa complexa rede. Outrossim, essa rede não é feita de paredes, de serviços, de instituições restritas a uma política, mas de pessoas que sob o escopo

de suas funções, perpassam e se implicam permanentemente na vida daquele sujeito que sofre. Nessa máxima se assenta o que nesse estudo vimos denominando de trabalho intersetorial, sobre o qual ponderaremos a seguir.

4.2.1 **A intersetorialidade como ponte para integralidade do cuidado**

E aprendi que se depende sempre,
de tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas das lições
diárias de tantas outras pessoas...
Gonzaguinha

É no encontro com o outro que nos hominizamos, que nos humanizamos.

No fazer cotidiano do CAPSi muitos e complexos são os encontros com os diferentes atores, setores e instituições que entrecruzam o processo de cuidado. A Atenção Psicossocial compreende que a saúde não faz saúde mental sozinha. Prima pelos processos de trocas afetivas e sociais e na sequência, a ampliação do universo relacional do sujeito que sofre por entender, assim como cantou Gonzaguinha, que dependemos sempre de tanta e de muita diferente gente, e que é nesse compasso, que compomos a nós mesmos.

Vimos nos últimos anos ascender propostas diversas sobre como organizar as ações no campo da saúde mental. A RAPS citada há pouco é uma delas. Tendo como norte a integralidade do cuidado em saúde, o trabalho em rede e intersetorial propõe a articulação de todos daqueles que estão de alguma forma envolvidos com essa temática e considerando que saúde mental não é sinônimo de ausência de doença, acaba por ampliar significativamente essa rede e tornar ainda mais desafiante sua articulação.

A intersetorialidade é um conceito polissêmico, ou seja, seu significado não é singular e as implicações desse que é tomado como princípio na política de atenção à saúde mental infantojuvenil no Brasil são muitas. Quando utilizado no campo da saúde a intersetorialidade representa a forma como os diferentes setores sociais (como da educação, assistência social, justiça, cultura, lazer, entre outros) com seus saberes e práticas se articulam e se integram com vistas a orientar e garantir a integralidade das ações de cuidado. Essas ações ultrapassam as implementadas pela política de saúde e compreendem todas aquelas dispensadas pelos serviços e instituições que compõem o universo relacional do sujeito.

Sendo elencada como imprescindível à configuração da nova rede de cuidados, a intersetorialidade também não é um conceito novo. Quando na ocasião IV CNSM-Intersetorial, em 2010, ela foi elevada a uma condição indispensável na efetivação da atenção

integral à saúde, atestando a necessidade de articulação dos diferentes setores implicados na assistência, essa manifestação apenas reiterava o que já vinha sendo registrado em outros documentos legais: a intersetorialidade estaria entre os mais importantes princípios nas ações de cuidado em saúde mental infantojuvenil.

A intersetorialidade enquanto princípio, é preciso que se diga, obteve destaque no conjunto maior das diretrizes do próprio Ministério da Saúde que compuseram a publicação intitulada *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*[66] (BRASIL, 2005) socializada com vistas a (re)direcionar a política nacional de atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Essa publicação previa que as ações em saúde mental estivessem orientadas por vários princípios, entre os quais citam: a criança e o adolescente 'são sujeitos de direitos', responsáveis por sua demanda, sintoma e sofrimento, devendo ser ouvidos e tratados singularmente. É nessa perspectiva que a publicação ressalta que falar desses 'sujeitos de direitos' impõe que o serviço e as ações idealizadas não os destituam do direito à voz e da sua condição de participar ativamente do processo de cuidado. Logo,

> É preciso respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência, é o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber, por ela, o que é melhor para ela (BRASIL, 2005, p. 12).

Outro princípio anotado à época pelo Ministério da Saúde seria o do 'acolhimento universal' onde toda demanda que chega ao serviço deve ser acolhida, ouvida e respondida. Esse princípio arrola consigo a necessidade de o serviço, que é porta aberta, estar atento à pertinência ou não da assistência requerida por esse usuário ou por quem o encaminha e nesse sentido, há casos em que não necessariamente essa demanda será pelo serviço absorvida.

Essa reflexão remete ao terceiro princípio que é o de que os encaminhamentos que se façam necessários sejam 'encaminhamentos implicados', ou seja, quem encaminha precisa se envolver e acompanhar o encaminhado. Essa implicação atesta outro princípio que é o de que as ações devem primar pela construção permanente de uma 'rede de cuidados de base territorial', onde 'território' é concebido como um campo interinstitucional e intersubjetivo.

É partindo dessa perspectiva que Yasui (2010b) nos instiga afirmando que o "cuidado se produz para além das fronteiras do serviço [...]" e por isso "é necessário e imprescindível olhar para o que está no território que o serviço habita [...]". Assim, evidencia-se que o

[66] Essa é considerada a primeira publicação formalmente voltada à infância e adolescência elaborada pelo Ministério da Saúde.

território é mais que o espaço geográfico e se constitui como "essencialmente uma relação: diz respeito à construção e transformação que se dá entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem" (YASUI, 2010b, p. 1-2).

Por fim, a publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) dá destaque crucial ao denominado princípio da intersetorialidade, que como já evidenciamos em outros momentos dessa tese, sugere que as ações de cuidado devam se somar num processo permanente de diálogo, com vistas à garantia da integralidade do cuidado.

E, quando a intersetorialidade ganha essa ênfase, seu *status* de princípio indica-nos que esse *status* precisa ser repensado. Afinal, ela seria um 'princípio' ou um 'efeito' dessa nova proposta de atenção em saúde mental? Qual o seu lugar da nas ações do CAPSi?

No afã de responder essas inquietações, problematizamos as concepções de cuidado produzidas. Pensando o CAPSi como uma instituição viva, que se produz na medida que os encontros acontecem, entendemos que a intersetorialidade se constrói na experiência. Assim, esta seria a um só tempo, princípio e efeito desse novo modo de pensar/fazer saúde mental. A intersetorialidade quando se traduz em relação, qualifica o cuidado e é capaz de aumentar as potências que não se limitam a um lugar ou a um equipamento da saúde.

Doravante, nos permitimos afirmar que o fato de a intersetorialidade estar contemplada enquanto princípio em portarias ministeriais e outras bases legais da Política Nacional de Saúde Mental, não garante a superação da enraizada setorialização e fragmentação das políticas, nem que ela seja materializada no fazer cotidiano do CAPSi. Ademais, cabe em sequência acrescentar que a responsabilidade por arraigá-la ao campo técnico-assistencial não seria tão somente do CAPSi, o que por sua vez não o destitui do mandato original de ordenador/articulador/mediador dessa ampla rede que compõe o universo relacional do sujeito que sofre.

Como lembram Couto et al. (2008), a intersetorialidade tão referendada nas bases legais esbarra na desarticulação dos serviços públicos e não na ausência absoluta desses recursos. Assim, colocam os autores, existiria uma rede intersetorial potencial de cuidado, ou seja, que pode se tornar intersetorial, como há tempos e mais incisivamente nos últimos anos se vem pleiteando.

Essa articulação e integração não ocorrem independentes da disposição humana e das possibilidades reais de trabalho para sua concretização. Essa rede, ao dividir responsabilidades, deve estar aberta à coparticipação dos sujeitos e de famílias ampliando o rol de alternativas de sociabilidade que lhes possibilitem novas incursões, novos modos de ser e estar no mundo.

Quando aqui nos reportamos ao cuidado em saúde mental na perspectiva da Atenção Psicossocial, fica claro, portanto, que nos reportamos à rede tecida, costurada no vai e vem dos mais diversos saberes e práticas presentes na sociedade, na cultura e nas suas manifestações. Nesse sentido, "ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites" (AMARANTE, 2007, p. 16).

Para responder a essa polissemia e enredamento, como dissemos há pouco, as ações de cuidado ultrapassam as implementadas pela política de saúde e compreendem todas as dispensadas pelas pessoas, serviços e instituições que compõem o universo relacional do sujeito. Contudo, para além da construção de novas redes, da construção de outros tantos serviços, o que se espera é que a partir do momento que aqueles atores envolvidos no processo de cuidado passam a fazê-lo segundo a lógica psicossocial, essa rede começa em meio a este processo ser tecida.

E de qual rede o CAPSi é parte? Quais entrelaçamentos da constituição dessa rede podemos destacar?

Realizamos uma breve caracterização da cidade de Maringá-PR e da rede na qual o CAPSi está inserido, explorando a RAPS e em seguida apresentando outras referências (ou potenciais referências) na assistência infantojuvenil existentes no município.

4.3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL (CAPSi) COMO CAMPO DA PESQUISA E SEU LUGAR NA RAPS DE MARINGÁ-PR

Antes de iniciarmos uma breve caracterização da RAPS de Maringá-PR, desejamos apresentar que cidade é essa, que território é esse que, resguardando aspectos geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais próprios, ora restringe ora faz avançar e permite que o ideário da Reforma Psiquiátrica possa em forma de saberes e práticas se materializar. Interessa-nos apreender algumas peculiaridades desse território que é processo, que está em transformação e que por isso nos desafia cotidianamente a pensar que saúde não se faz à margem do *locus* onde a vida acontece e vai escrevendo seu enredo.

Maringá é um município de porte médio-grande, conta com uma população de 391.698 habitantes, ocupando atualmente o terceiro lugar entre os maiores municípios do estado do Paraná e o sétimo da Região Sul. Localiza-se na mesorregião norte central do estado, distante da capital (Curitiba) 436 km. Sua abrangência territorial é de 487.930 km, e

sendo o município sede da 15ª Regional de Saúde do Paraná, é referência para outros 29 municípios. A Região Metropolitana de Maringá comporta cerca de 700.000 habitantes e a cidade faz divisa com os municípios de Ângulo, Astorga e Iguaraçu (norte), Floresta (sul), Marialva e Sarandi (leste) e Paiçandu e Mandaguaçu (oeste). Além disso, Maringá tem dois distritos, Floriano e Iguatemi.

Sua economia é baseada no comércio varejista e na prestação de serviços – de saúde, educação, alimentos e vestuário – acrescida de um estimável "aquecimento no setor imobiliário, com a abertura de novos loteamentos e do processo de verticalização com o aumento na oferta de vagas na construção civil". Ademais, do ponto de vista do fomento econômico, nos últimos anos tem se observado o crescimento da "instalação de indústrias e grandes empresas" que acaba atraindo trabalhadores que buscam na cidade melhores oportunidades de trabalho e vida (MARINGÁ, 2014a, p. 23).

No que tange à industrialização, o município tem crescido nos ramos da tecelagem e da agroindústria, se destacando no cenário nacional com suas indústrias de confecções. Outro aspecto socioeconômico que merece destaque é o setor de comércio e prestação de serviços, principalmente nos setores de alimentos, educação e saúde. Na educação encontra no ensino superior espaço privilegiado de formação, com vasta oferta de cursos de graduação e pós-graduação nas suas oito faculdades e duas universidades, sendo a mais tradicional delas a Universidade Estadual de Maringá – UEM. Já no setor de prestação de serviços da saúde, como mencionamos acima, Maringá é referência para outros 29 municípios que compõem a 15ª Regional de Saúde do Paraná. Conta com onze hospitais, sendo dois públicos: o Hospital Regional de Maringá – HU – extensão da Universidade Estadual de Maringá e o Hospital Municipal de Maringá, que sedia a Emergência Psiquiátrica, e outros sete hospitais da rede privada.

Tem uma população eminentemente urbana, com 98,2% dela residindo na cidade. Com uma área territorial correspondente a 487.930 Km², conserva 03 bosques de matas nativas e é considerada uma das cidades mais arborizadas do país. Quanto ao saneamento básico tem 99% dos seus domicílios ligados à rede de água tratada e coleta de lixo e cobertura de 85,73% de coleta da rede de esgoto, o qual é 100% tratado.

O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, composto por três elementos fundamentais para o desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda, em Maringá é de 0,808, considerado um índice de "muito alto desenvolvimento humano" (PNUD, 2013, apud MARINGÁ, 2014a), conforme expressam os dados da tabela abaixo.

Tabela 1: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) – 2010

INFORMAÇÃO	ÍNDICE
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M)	0,808
IDHM - Longevidade	0,852
Esperança de vida ao nascer	76,10 anos
IDHM - Educação	0,768
Escolaridade da População Adulta	0,69
Fluxo Escolar da População Jovem (Frequência Escolar)	0,81
IDHM - Renda	0,806
Renda per capita	1.202,63
Classificação na unidade da federação	2
Classificação Nacional	23

A expectativa de vida tem aumentado gradualmente no município: de 66,51 anos na década de 1990, pulou para 72,22 anos em 2000 e para 76,10 anos em 2010. Outro fato relevante é que a baixa taxa de fecundidade modificou a composição etária da população que vem envelhecendo, e portanto, aumentando a proporção de idosos em relação à de crianças. Para se ter uma ideia, em 1980, 38,2% da população era de pessoas de 0-14 anos, em 2012 essa taxa caiu para 24,1%. Já a população idosa maior de 65 anos, que era de 4,0% em 1980, passou para 7,4% em 2012 (MARINGÁ, 2014a).

A mortalidade infantil, por sua vez, tem se mantido na faixa de 9,9 óbitos por mil nascidos vivos. Os nascimentos prematuros em 2009-2011 ficaram na casa de 11% e em 2012 em 13,3%, favorecendo a ocorrência de óbitos infantis. Esses óbitos estariam relacionados à qualidade do pré-natal, parto e nascimento, bem como seriam acrescidos pelas taxas elevadas de cesárea que entre 2009-2011 em Maringá ficaram em torno de 80%, um índice considerado muito alto.

Com base nos dados do IBGE de 2010, Maringá teria alcançado a meta de alfabetizar mais de 96% dos jovens e adultos com mais de 15 anos, fato que levou o Programa Brasil Alfabetizado, do Ministério da Educação, conferir à Maringá o 'Selo Município Livre do Analfabetismo' – selo criado em 2007 como forma de reconhecimento ao trabalho voltado à universalização da alfabetização. O IDEB do município para as escolas que ofertam até o 5º ano é de 6,5, meta prevista para 2017, atingida em 2013. Essas porcentagens são por nós aqui destacadas para aferir que, pelo menos do ponto de vista dos critérios avaliadores política e formalmente estabelecidos, a educação no município de Maringá é considerada de boa qualidade.

Maringá tem 68º do PIB do país – R$ 8.263.628,00 – (IBGE, 2010). Em contrapartida, segundo dados do Plano Municipal de Assistência Social – 2014-2017 (MARINGÁ, 2013), se de um lado o IDHM de 0,808 é considerado muito bom, por outro, Maringá ainda possui um

estrato de sua população vivendo em situação de pobreza e extrema pobreza que equivale a 0,6% da população total, incidindo-a às situações de vulnerabilidade e risco social e pessoal.

Esse plano construído para orientar as ações da política de Assistência Social no município pelos próximos quatro anos, traz alguns detalhes importantes: em maio de 2013, Maringá possuía 26.121 famílias inscritas no banco de dados do Cadastro Único e destas, 18.519 famílias tinham renda mensal de até ½ (meio) salário mínimo, 10.325 famílias com renda mensal de até R$ 140,00 e 3.860 famílias com renda mensal de até R$ 70,00, caracterizando-as como famílias em situação de extrema pobreza. Do total das famílias cadastradas, em fevereiro de 2013, 5.784 eram beneficiárias do Programa Bolsa Família – PBF, o que equivale a uma cobertura de 99,40% das famílias pobres, recebendo valor médio de benefício R$ 116,48 perfazendo um total de R$ 673.714,00 que são transferidos pelo governo federal mensalmente ao município (MARINGÁ, 2013).

O fato de Maringá possuir bons indicadores e presumivelmente ter uma situação mais favorável e dispensa de serviços públicos de maior qualidade tem levado autores como Russo e Trintin (2012) a questionarem se o perfil dos usuários de Maringá estaria consonante com os critérios estabelecidos pelo PBF. Os autores citados acessaram aleatoriamente para o estudo, 375 cadastros disponíveis na Secretaria Municipal de Assistência Social e concluíram a pertinência do repasse do benefício, uma vez que em apenas 17% das famílias o responsável teria renda fixa e 66% se encontrariam em situação de vulnerabilidade por pagarem aluguel ou dependerem de terceiros. Acrescido a isso observaram que em relação às famílias analisadas, mais da metade das crianças e adolescentes residiam apenas com a mãe.

Maringá ganhou visibilidade nacional ao ser considerada a cidade mais segura do Brasil, segundo avaliação do IPEA em 2005, com índice de homicídio de 7,94 para cada 100 mil habitantes e com baixos índices de criminalidade[67]. Contudo, Casteletto (2012), pegando como recorte a evolução da violência letal na região metropolitana de Maringá, refletiu sobre como na análise dessa violência precisa se considerar a segregação socioespacial, pois sendo a *Cidade Verde* idealizada desde o princípio para ser um grande polo comercial, o alto custo do solo urbano fez com que a população de menor poder aquisitivo se instalasse no seu entorno e nos bairros periféricos. Somando-se a outros fatores, a inoperância do poder público favoreceu a eclosão da criminalidade nos espaços conurbanos. Entre 2000-2010 as cidades de Sarandi, Paiçandu e Maringá, sozinhas, foram responsáveis por 88% da taxa de homicídios de

[67] Em uma matéria intitulada "Do Velho Oeste ao paraíso" publicada na Revista Época, em 2005, trazia um alusivo destaque dizendo que "Viver num lugar tranquilo, onde se sai à noite sem medo, as crianças brincam na rua e podem ir à escola de ônibus, é o sonho de toda família de cidade grande. Refúgios assim ainda existem no Brasil". Maringá era citada entre as cidades brasileiras com mais de 300 mil habitantes como a que teria a menor taxa percentual de homicídios, segundo dados divulgados pelo IPEA (CLEMENTE, 2005).

toda região. Enquanto a região metropolitana teve 186% de aumento no número de casos de homicídio, Maringá isoladamente teve um aumento de 140%, maculando o título de cidade mais segura tão ostentado nos meandros de 2005.

Em que pese especificamente às taxas de homicídio entre adolescentes de Maringá, segundo o *Plano Decenal Municipal de Atendimento Socioeducativo* – 2014-2023 (CMDCA, 2014) um levantamento feito pela Delegacia de Homicídios revelou que em 2013 24% das vítimas de homicídio da cidade tinham entre 14 e 17 anos. O Plano cita ainda uma matéria do jornal 'O Diário de Maringá', editada nesse mesmo ano, que com o título de 'Total de adolescentes executados quadruplica' afirmava que o número de adolescentes vítimas de assassinatos no primeiro semestre de 2013 cresceu quatro vezes em relação ao mesmo período de 2012.

Mencionamos acima algumas peculiaridades do município de Maringá na intenção de demonstrar minimamente aspectos que vão dando contorno às políticas que entrecruzam a área da infância e adolescência no município de Maringá. Olhar para esse território é condição fundante tanto para o planejamento quanto para a avaliação/qualificação das ações de cuidado em saúde mental. Como seguiremos demonstrando, Maringá conta com uma complexa estrutura de serviços de saúde, diversificada quanto à natureza da assistência ofertada e extensa quanto ao público e necessidades de saúde que precisa dar conta de responder. Interessa-nos doravante explicitar a composição da sua RAPS, suas nuanças e ressonâncias no campo específico da saúde mental infantojuvenil.

4.3.1 **A RAPS da cidade de Maringá-PR**

Sobre os pontos que compõem a RAPS registramos que a cidade de Maringá começou a partir de 2013 a se organizar para ficar em conformidade com as exigências da já referida Portaria 3.088 (BRASIL, 2011). Apresentaremos a seguir alguns componentes da RAPS de Maringá tomando como referência a conjuntura do modelo oficialmente proposto pelo Ministério da Saúde, conforme já mencionamos no item 4.2 dessa tese. São esses componentes: 1) Atenção Básica em Saúde, 2) Atenção Psicossocial Estratégica, 3) Atenção à Urgência e Emergência, 4) Atenção Residencial Transitória, 5) Atenção Hospitalar, 6) Estratégias de Desinstitucionalização e 7) Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Tomando como orientação geral[68] estes componentes, a cidade de Maringá está assim configurada:

A **Atenção Básica à Saúde** conta com a Estratégia Saúde da Família (ESF), como principal arranjo organizativo da Rede de Atenção Básica. Esta começou a ser implantada no município de Maringá em 1999. Atualmente a rede básica em saúde conta com 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e em processo de implantação estariam outras 07. Em fevereiro de 2013, a cobertura das ESF's era de 63,5%, segundo dados do SIAB dispostos no Plano Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2014a). Das 28 UBS's, 5 possuem estruturas diferenciadas e maiores, chamadas de Núcleos Integrados de Saúde (NIS), possuem um número maior de equipes profissionais, bem como oferecem serviços diversificados das demais UBS's.

Dentro da rede básica, com vistas a fortalecer o trabalho das ESF's, desde 2010 foram credenciadas no município 07 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF[69], na modalidade 1. Essas equipes contam com ao menos um psicólogo. Ademais, desde a década de 1980 cada UBS tem alocado um profissional de psicologia para desenvolver ações de saúde mental nesse nível de atenção.

Entre as ações da Atenção Básica o município passou a contar a partir de 2012 e 2013 com 2 equipes de Consultório na Rua realizando ações articuladas com o CAPSad, de promoção, prevenção e cuidados primários, tendo como público primordial os moradores de rua.

A **rede ambulatorial** dispõe de várias unidades de saúde que abarcam: 2 Policlínicas que disponibilizam consultas e exames especializados – uma na Zona Norte, outra na Zona Sul; 03 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; 01 Ambulatório de Ostomias e Tratamento de Feridas; 01 Ambulatório de DST e HIV/AIDS; 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) uma na Zona Norte, outra na Zona Sul. Cabe citar também a existência de uma iniciativa regionalizada de atenção à saúde que envolve os municípios da 15ª Regional de Saúde, que comporta uma população de mais de 1 milhão de habitantes, denominada de Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense – CISAMUSEP e cujas ações restringem-se à oferta de consultas especializadas.

Sobre a atenção especializada ambulatorial esta aparece no Plano Municipal de Saúde como um grande desafio do SUS, uma vez que a "demanda é sempre maior do que a oferta e de modo geral não reflete a real necessidade da população", e pelo fato de que "a oferta de

---

[68] Esclarecemos que levando em consideração uma melhor organização do nosso texto não abordaremos esses pontos seguindo essa mesma ordem sucessiva.

[69] Sinteticamente: NASF é um programa do Ministério da Saúde proposto em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica, ampliando sua abrangência e sua resolubilidade. É composto por uma equipe multiprofissional que deve trabalhar articulada com as equipes do ESF. Para maior aprofundamento do tema sugerimos a leitura da tese "O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como mobilizador da *práxis* psicossocial" de Moura (2014).

consultas de algumas especialidades tem se apresentado ao longo dos anos, com muita dificuldade de acesso e ao mesmo tempo alta taxa de absenteísmo por parte dos usuários" (MARINGÁ, 2014a, p. 26). Entre as especialidades mais buscadas, o referido plano destaca que a partir de um levantamento realizado em julho/2013, a neurologia infantil figura entre as mais demandadas[70]. Interessa-nos essa afirmação por sua confluência com as questões da saúde mental, pois como assinala Luzio (2011), para a psiquiatria biológica a própria concepção de doença-saúde mental explicaria a aliança estreita entre psiquiatria-neurologia. Para essas especialidades os distúrbios psíquicos resultariam das alterações na neurotransmissão em determinadas regiões do cérebro, ou seja, os transtornos mentais e comportamentais poderiam ser explicados por fatores genético-biológicos, mesmo que em parte reconheçam alguma influência dos fatores psicológicos.

Maringá possui também um ambulatório de saúde mental denominado de Centro Integrado de Saúde Mental – CISAM, que em funcionamento no município desde 1994, serve ainda como importante referência para os chamados casos de transtornos mentais e comportamentais. Oferece atendimentos ambulatoriais semanais, quinzenais, mensais, bimestrais ou ainda trimestrais para aquele público que não se beneficiou da assistência ofertada na rede básica. Segundo dados disponíveis no site da prefeitura municipal, o CISAM dispõe dos seguintes atendimentos: 1) Consultas de psiquiatria; 2) Atendimentos de psicologia individual e grupal (infantil, adolescente e adulto); 3) Consulta de enfermagem; 4) Dispensação de medicamentos psicotrópicos (farmácia) para usuários atendidos no CISAM, CAPS II e receitas/SUS da região das UBS's: Ney Braga, Mandacaru, Vila Esperança, Quebec, Grevíleas III, Maringá Velho, Universo, Industrial, Iguaçu, Zona Sul, Cidade Alta, Aclimação, São Silvestre, Internorte, Operária, Floriano, Iguatemi, Olímpico; 5) Grupos de orientação a pais (psicologia); 6) Palestras (dentro e fora do CISAM); 7) Atividades culturais externas (passeios, teatro, exposições etc); 8) Assessoria às equipes das UBS's no manejo dos casos em atendimento; – Referenciar para as UBS's, com informações pertinentes, usuários em situação estável, que podem ser acompanhados regularmente pela equipe, devendo retornar em avaliação periódica ou em casos de reagudização do quadro; 9) Atendimento e orientação à família quanto ao transtorno, ao tratamento e sua participação em grupos de autoajuda (por exemplo: Associação Maringaense de Saúde Mental); 10) Visitas domiciliares; 11) Alfabetização através de parceria com o EJA. Esse ambulatório foi transformado em um CAPS III quando da inauguração do CISM[71].

---

[70] Além da neurologia infantil, cita ainda a neurologia adulto, ortopedia, dermatologia, endocrinologia, angiologia, reumatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e urologia.

[71] O CAPS III deve funcionar 24 horas, inclusive com a oferta de leitos noturnos para acolhimento. Contudo ao término dessa tese o CAPS III ainda não estava habilitado para tal.

Sobre a **Atenção Hospitalar** podemos destacar que Maringá por ser a principal referência regional em termos de prestação de serviços de saúde, conta com uma rede ampla hospitalar. Essa rede é composta por hospitais públicos e privados, sendo os quais: Hospital Universitário Regional da Universidade Estadual de Maringá – UEM e Hospital Municipal de Maringá (públicos); Hospital do Câncer; Hospital e Maternidade Maringá, Hospital Santa Casa de Misericórdia, Hospital Psiquiátrico de Maringá – HPM, Hospital Santa Rita, Hospital São Marcos, Hospital Memorial UNINGÁ, Hospital de Olhos de Maringá e Hospital Paraná (privados).

O Relatório Anual de Gestão (MARINGÁ, 2014b) refere a existência de 1433 leitos distribuídos entre 15 instituições do município. Desses 1433 leitos, 828 foram mantidos em 2014 com recursos do SUS. Desses 828 leitos apenas 217 foram disponibilizados nos dois hospitais públicos, os demais 611 o foram na rede particular. Com isso queremos frisar que o SUS financiou 73,79% dos leitos disponibilizados na rede hospitalar privada do município. Outra informação relevante é de que desses 1433, 252 leitos/SUS foram disponibilizados pelo HPM e 26 pela Emergência Psiquiátrica (que referenciam leitos psiquiátricos também para a 11ª, 13ª e 15ª Regionais de Saúde).

Acreditamos que nesse ponto fica claro o que Campos (2007) denominou de hibridismo que demarca o SUS. Para o autor o SUS seria quase um híbrido de dois sistemas, duas fortes tradições de como o cuidado em saúde deve ser organizado: o liberal privatista e os sistemas nacionais e públicos. A sobrevivência do SUS estaria se dando em meio a luta permanente de tentar garantir o acesso universal a uma rede integral de saúde, mas não deixando de atender interesses corporativos que obedecem os valores capitalistas de mercado, sendo necessário clarificar se a manutenção desse hibridismo favoreceria "a saúde da maioria ou ao interesse empresarial e corporativo" (CAMPOS, 2007, p. 1870).

Uma informação que não está exposta no Plano Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2014a) é a de que, dos leitos disponibilizados pelo HPM, 12 recebem financiamento público estadual para serem destinados ao tratamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas pelo público adolescente. Trata-se de uma estrutura para atendimento e tratamento considerada pequena diante da demanda, pois apenas a diretoria do Programa de Políticas Sobre Drogas da Secretaria de Assistência Social teria uma média mensal de 100 solicitações para tratamentos segundo relatório do CMDCA (2014). Essa demanda seria encaminhada para o CAPSad e para o CAPSi. Contaria ainda com uma Comunidade Terapêutica 'ONG AMARAS – Recanto Mundo Jovem' que seria referência nessa modalidade para atendimento exclusivo aos adolescentes e jovens usuários de álcool e drogas. Essa comunidade, estando localizada no distrito de Iguatemi, ofertaria tratamento recluso por um período de 9 meses. (CMDCA, 2014)

No que diz respeito à **Atenção à Urgência e Emergência,** segundo o Plano Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2014a), o atendimento é realizado no município nos seguintes pontos de atenção: 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de porte III localizado na zona sul, 01 UPA de porte II localizado na zona norte; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com Central de Regulação, 01 Emergência Psiquiátrica e os demais Pronto Socorros hospitalares.

Em relação às **Estratégias de Desinstitucionalização** o município possui 03 Serviços Residenciais Terapêuticas – STR – duas masculinas e uma feminina – sendo que uma masculina foi implantada em 2006, a feminina em 2008 e uma segunda masculina em 2011. No ano de 2005 a assistente social da 14ª Promotoria de Justiça da Comarca de Maringá passou a verificar a condição dos moradores internos do Sanatório Maringá e naquela ocasião constatou que 88 pessoas viviam em situação de isolamento, com perda de vínculos familiares e comunitários. A aproximação entre a Promotoria e a Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde permitiu o início ao processo desinstitucionalização daqueles pacientes com internação acima de um ano, esses mesmos que em parte hoje ainda compõem a lista de moradores das três SRT's. Maringá conta além disso com beneficiários do 'Programa de Volta para Casa'[72].

Finalmente, na **Atenção Psicossocial Estratégica** é possível listar que Maringá tinha implantado até o primeiro trimestre de 2015 três (3) CAPS nas modalidades de CAPS II, CAPSad e CAPSi. Com a inauguração do CISM em abril do corrente ano houve alteração na modalidade do CAPSad que foi transformado em um CAPSad III e a transformação do CISAM em um CAPS III. O CAPSad havia sido o primeiro CAPS a ser implantado no município em 2002. Já o CAPS II[73], que foi o segundo implantado – em 2004 – era a principal referência (ou deveria ser...) para o atendimento dos casos adultos de sofrimento psíquico. O CAPSII acabou não sendo transferido para o CISM e o prédio para ele reservado foi transferido para o CAPSi, passando o prédio do CAPSi a ser pleiteado para comportar uma **Unidade de Acolhimento Transitório**.

---

[72] Para maiores informações sobre o processo de desinstitucionalização ocorrido no Hospital Psiquiátrico de Maringá e o 'Programa de Volta para Casa' sugerimos Frazatto (2011).

[73] Segundo constatou Burali (2014) no início da sua pesquisa de doutorado, o CAPS II que funcionava como uma extensão do CISAM, passava pela primeira vez pela experiência de ter uma coordenação própria. Detalhe instigante é que a profissional designada para tal função ocupava também a Coordenação de Saúde Mental do Hospital Psiquiátrico de Maringá, uma instituição privada, contrariando ao menos dois aspectos da orientação do Ministério da Saúde sobre a constituição dos CAPS: em primeiro lugar que esse cargo não deveria ser por nomeação, mas por escolha democrática da equipe entre um dos seus integrantes, e segundo que a orientação da própria Política Nacional de Saúde Mental a coordenação do CAPS não poderia ocupar cargo paralelo em instituições psiquiátricas.

O CAPSi tem um funcionamento mais recente no município: foi inaugurado em novembro de 2011 e, como já destacado, inicialmente a população atendida nesse serviço foi composta por usuários encaminhados pelo serviço ambulatorial de Psiquiatria Infantil do CISAM e pelas diferentes UBS do município de Maringá. Hoje o CAPSi recebe encaminhamentos de diferentes pontos da rede, desenvolvendo ações de acolhida, abordagem, elaboração do PTS, atendimentos individuais (médico, psicológico, entre outros), grupos, oficinas, atividades extra-muros, distribuição de medicamentos, ações intersetoriais, assembleias com usuários e familiares, reuniões, entre outros. Em média, 306 prontuários estão ativos e cujos usuários se encontram em processo de triagem, avaliação, bem como já em tratamento/acompanhamento.

Para desenvolver suas ações o CAPSi conta com uma sede própria. A estrutura física é considerada limitada, pois as salas são pequenas e insuficientes para atender a diversidade de técnicos e atividades propostas para serem ali executadas. Dada essa insuficiência, uma novidade recente, que citamos logo acima, é a de que com a inauguração do CISM a equipe do CAPSII recusou-se a ser para lá transferida e dada essa vacância, o CAPSi cujo prédio é localizado no terreno ao lado do CISM, foi transferido para o prédio renegado pelo CAPSII, passando a compartilhar daquela mesma conjuntura.

Dada a extensão da RAPS que vimos comentando até o momento, dispomos a seguir do fluxograma que é apresentado oficialmente pelo município para localizar o lugar do CAPSi na rede de atenção:

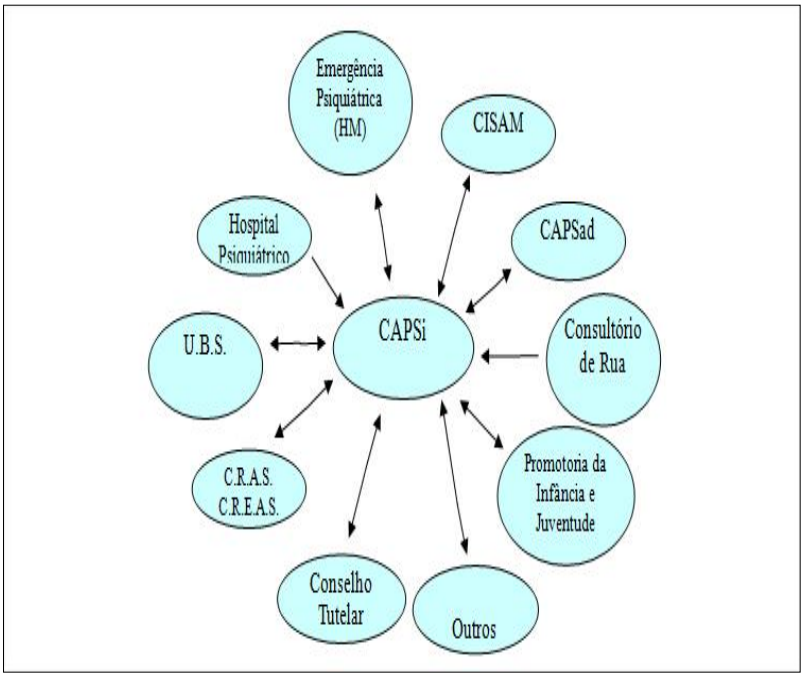

Figura 1: Fluxograma do CAPSi – Maringá-PR

Salientamos que esse fluxograma está ultrapassado, uma vez que, como já mencionamos, o CAPSi vem paulatinamente deixando de ser o centro dessa rede com a proposta da implantação das RAPS. Por outro lado, a própria existência de um fluxo previsto já engessa essa rede. Outro detalhe que chama a atenção na composição desse fluxograma são as flechas que em sua maioria representam uma via de mão dupla, expressando uma possível referência e contrarreferência necessárias para fazer essa rede girar, pressupondo que nesse 'fluxo' apenas o HPM não responderia a essa premissa e seria fonte apenas de encaminhamento dos casos lá atendidos para o CAPSi.

O CAPSi e os outros dois referidos CAPS (II e ad) enquanto propostas estratégicas da Atenção Psicossocial configurar-se-iam dispositivos extra-hospitalares que poderiam/deveriam favorecer a superação do histórico processo de institucionalização da loucura. Todavia, como já mencionamos, a partir da inauguração do CISM esses dispositivos passaram a coabitar um espaço geográfico, que já vem sendo, rotineiramente, pelos profissionais, nomeado de 'Complexo', a despeito do que propõe a lógica da Atenção Psicossocial acerca da territorialidade. A inauguração do CISM incorre seriamente no risco de tutelar e institucionalizar o cuidado porque materializa a impressão de que há um local único/especializado para lidar com a loucura no município. A criação do CISM reforça a lógica biomédica e dos especialismos tão combatida pela Reforma Psiquiátrica, favorecendo a estigmatização, e dada sua localização geográfica, restringindo as possibilidades de um trabalho comunitário e intersetorial mais abrangente.

A essa altura cabe questionar: a proposição do CISM ocorreu sem embates?

Burali (2014) nos esclarece que o projeto para a implantação do CISM foi apresentado em reunião do Conselho Municipal de Saúde – CMS em 18/08/2009 e enfrentou questionamentos isolados por parte de uma conselheira comprometida com o ideário da Reforma Psiquiátrica. Foi aprovado em 22/06/2010 apesar das resistências e argumentos expostos na reunião do CMS, quando o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 foi colocado em votação. Sedicioso é o fato ressaltado por Burali (2014) que ao desenvolver sua pesquisa de doutorado no CAPS II de Maringá, e entrando em contato com os trabalhadores da saúde mental no município, como já mencionamos no início dessa tese, notou que muitos destes trabalhadores compartilhavam das ideias propagadas pelos gestores enquanto outros sequer conheciam a origem da proposta, pois não acompanharam nenhum debate nessa direção.

Ademais, no Relatório Anual de Gestão (MARINGÁ, 2014b, p. 21) consta na "Diretriz 5 - Aprimoramento da Rede de Saúde Mental, fortalecendo os pontos de atenção em nível municipal, para enfrentamento dos agravos decorrentes do uso de crack e outras drogas

e o transtorno mental" que para a implementação da RAPS do total do recurso previsto para 2014 - R$ 11.229.543,00 – o município executou R$ 8.144.077,46. Além do montante previsto não ter sido executado, somente está especificado no referido relatório o recurso que fora investido no CISM que foi de R$ 1.429.054,40.

Esses detalhes delineiam uma organização própria para a rede de saúde mental no município e a forma como o cuidado vai a partir desta organização sendo politicamente projetado. A RAPS de Maringá, que em termos estruturais, poderia ser considerada ampla e abrangente, sinaliza na sua configuração em um só tempo os avanços consonantes ao processo da Reforma Psiquiátrica e a resistência vigorosa do Modelo da Psiquiatria Biológica. A complexidade da rede pode ser contraposta à existência do CISM, bem como ao destaque que o HPM conserva ante os demais serviços e organização do fluxo das ações de saúde mental. Logo abaixo o fluxograma da RAPS de Maringá nos permite vislumbrar um pouco mais essa nossa afirmativa:

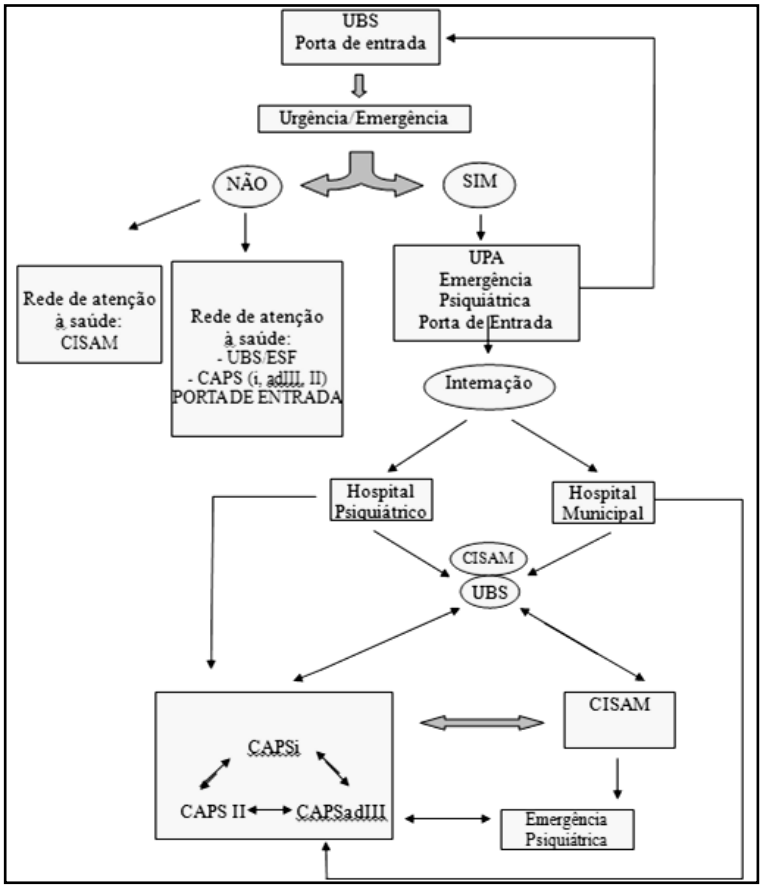

Figura 1: Fluxograma da Rede de Saúde Mental de Maringá-PR

4.4 POR UMA REDE AMPLIADA DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Como destacamos anteriormente, quando nos reportamos à rede de cuidados em saúde mental, especialmente no trato com crianças e adolescentes, não podemos perder de vista que esta rede não se encerra nos serviços e nas ações dispensadas pelos profissionais da saúde. Impõe-se que essa rede dita especializada de saúde mental seja parte de uma rede mais ampla de promoção, proteção e defesa de direitos de crianças e adolescentes, demandando para tanto, serviços complexos e resolutivos de assistência.

Essa rede se constrói a partir das pessoas, dos vínculos, que se movimentam na direção do compartilhamento de objetivos, mesmo que estas pessoas estejam alocadas em espaços múltiplos, nas diferentes políticas setoriais. Essa rede para existir requisita insistentemente que se articulem os recursos do território, sejam eles os da saúde no geral, do esporte, do lazer, da cultura, da educação, entre outros. Logo, falar dessa rede implica essencialmente falar dos recursos ou ausência deles que podem/devem compor as estratégias de cuidados, a invenção da saúde.

Partindo desse pressuposto, o acesso à cultura, ao esporte e ao lazer será balizar se temos em mente uma concepção ampliada de saúde e miramos a complexidade do cuidado que necessita ser desprendido. Maringá conta com espaços públicos voltados a essa demanda, contudo, é recorrente ouvirmos que a política de cultura, esporte e lazer apresentam fragilidades que ressoam sobre os diferentes serviços que atendem crianças e adolescentes no município. Essas fragilidades abrangem desde a falta de dados quantitativos para indicar qual tem sido o público atendido, a pouca oferta de ações culturais, sobretudo, de atividades culturais executadas nos territórios, próximos às comunidades. No esporte a predominância é a oferta de atividades por associações não governamentais que referem que as vagas disponibilizadas não são totalmente preenchidas, sem contudo, explicitar os motivos que levariam a esse pseudodesinteresse da população. Do mesmo modo, tem-se declarado que há vagas ofertadas pelos centros esportivos públicos, mas sem que esses centros informem com precisão em quais modalidades e porque também resguardam significativa distorção oferta-procura (CMDCA, 2014).

No que diz respeito à estrutura da rede de ensino, em 2013 o município contava com 59 Centros Municipais de Educação Infantil – CMEI atendendo um montante de 10.671 alunos. Quanto às escolas municipais de Ensino Fundamental do 1º ao 5º ano, o município contava com 49 unidades atendendo aproximadamente 15.957 alunos. Destas 49 unidades, 23 ofertavam educação em período integral (Programa Mais Educação) beneficiando

aproximadamente 2.969 alunos. A rede estadual é igualmente ampla: conta com 33 escolas e mais de 30.000 alunos.

Na política setorial de educação o município conta ainda com um serviço denominado de 'Apoio Pedagógico' cujo objetivo é articular a atuação dos diferentes profissionais – pedagogos, orientadores educacionais, psicólogos e fonoaudiólogos – no apoio educacional através da orientação de professores, mediação de conflitos (entre alunos, professores, funcionários e familiares), acompanhamento pedagógico aos alunos que apresentem algum tipo de necessidade educativa especial, ofertando Atendimento Educacional Especializado (AEE) em Sala de Recurso Multifuncional[74] e Professor de Apoio em Sala de Aula e Estimulação Essencial para crianças de 0 a 3 anos de idade. Outra modalidade de apoio é o ofertado pela Secretaria Municipal de Educação, por meio de uma escola bilíngue, ao aluno surdo que frequenta a Educação Infantil e a primeira etapa do ensino fundamental.

Dispensa apoio psicológico que atua na formação dos profissionais da educação, no atendimento às famílias, reuniões multiprofissionais da rede de escolas e da rede ampliada de atendimento, bem como na mediação de conflitos. Uma iniciativa da equipe multidisciplinar que merece ser citada é a elaboração de instruções normativas[75] que regulem e normatizem os processos de avaliação psicoeducacional e intervenção junto aos alunos que enfrentam dificuldades no processo de escolarização.

Por fim, o serviço de apoio presta assessoria fonoaudiológica que vai desde a capacitação de professores, equipe pedagógica e/ou pais/responsáveis, até a participação nos

---

[74] A política atual de educação sustentada no discurso da inclusão criou mecanismos de apoio e adaptação àquelas crianças e adolescentes cujos diagnósticos os coloca na condição de 'alunos com necessidades educativas especiais' e sugere a oferta do chamado Atendimento Educacional Especializado (AEE), entre outras, através do atendimento nas chamadas Salas de Recurso Multifuncional – SEM. Esse público englobaria além daqueles com Deficiência Intelectual, os que possuem Deficiência Física Neuromotora, os Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD (autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicose) e transtornos invasivos sem outra especificação) e os Transtornos Funcionais Específicos (Dislexias, Discalculias, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH). As SRM foram criadas no Paraná através da Instrução Normativa n° 016/2011 – SEED/SUED. A SRM funciona em regime de contraturno, conta com professor especializado e para frequentá-la o aluno deve ter além dos relatórios pedagógicos devidamente preenchidos, passado por um processo de avaliação psicoeducacional que concluiu sobre a necessidade do AEE. No caso dos TGD's à avaliação do professor da SRM e/ou pedagogo deve ser acrescida necessariamente a avaliação de um psiquiatra ou neurologista e complementada se necessário por psicólogo. No caso dos Transtornos Funcionais Específicos a avaliação além de contar com os profissionais da escola (professor e/ou pedagogo) deve contar com o parecer de especialista em psicopedagogia e/ou fonoaudiológico e complementada se necessário por psicólogo. No caso específico do TDAH o parecer deve ser neurológico e/ou psiquiátrico e complementada se necessário por psicólogo (PARANÁ, 2011). Citamos essa instrução porque além de outras questões que a partir dela seriam válidas mencionar, para nós, mais que indicar à escola como criar mecanismos de apoio para esse alunado, valoriza explicitamente os laudos médicos e psicológicos, pois a inclusão no AEE aparece condicionada ao diagnóstico de algum transtorno.

[75] Na cidade de Maringá a Instrução Normativa 05/2013 da SEDUC estabelece os critérios para os estudos de caso que devem anteceder a realização de avaliações psicoeducaionais; a 08/2013 estabelece critérios para a função do Professor de Apoio e a 07/2013 critérios para o atendimento nas Salas de Recurso Multifuncionais.

estudos de caso dos alunos, observação e triagem dos alunos encaminhados pela equipe pedagógica e suporte aos professores que atendem alunos com alterações fonológicas.

Em dezembro de 2014 foi inaugurado o 'Centro Municipal de Apoio Especializado Interdisciplinar' – um espaço físico que conta com uma equipe multi-interdisciplinar com profissionais da área de fonoaudiologia, psicologia, nutrição e pedagogia para atendimento aos alunos com dificuldades de aprendizagem ligadas aos aspectos cognitivos, psicossociais ou físicos. Para a implementação desse centro foram investidos R$ 289.014,69 de recursos municipais[76].

Caminhando na tarefa de sinalizar algumas das potencialidades e fragilidades das políticas públicas existentes no município, a política de Assistência Social nos indica igualmente um importante ponto de intersecção com a saúde mental. Essa política organiza as ações de Proteção Social Básica por meio dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e de Proteção Social Especial por meio dos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS). Enquanto os primeiros procuram beneficiar aqueles que vivem em situação de risco pessoal e social, os segundos são voltados àqueles que tiveram seus direitos violados concomitantemente (BRASIL, 2004c). No município atualmente encontram-se implantados e em pleno funcionamento 7 CRAS e 2 CREAS.

A Assistência Social em Maringá computa, além disso, uma extensa rede de 72 instituições socioassistenciais. Muitas destas desenvolvem ações em mais de um dos segmentos – criança e adolescente, pessoa com deficiência e idoso – e cada um destes segmentos conta com um Conselho de Controle Social que normatiza as ações desenvolvidas. Dessas instituições, 50 desenvolvem projetos que envolvem crianças, adolescentes e famílias, sendo que 19 atuam exclusivamente junto ao segmento infantojuvenil (MARINGÁ, 2013).

Temos alguns 'Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV' conforme preconiza o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2004c). A modalidade SCFV de 0 a 6 anos é efetivada por 2 instituições não governamentais, que atendem no total uma média de 90 crianças e suas famílias. Na modalidade SCFV de 6 a 15 anos e SCFV de 15 a 17 anos há maior cobertura de atendimento ofertado em entidades não governamentais, e em apenas uma (1) unidade governamental, sem que estes destaquem quantas crianças e adolescentes sejam atendidos.

Em destaque na rede socioassistencial temos os Serviços de Acolhimento Institucional. O município conta com três serviços: dois na modalidade abrigo (1 governamental e 1 não

[76] Informações disponíveis na página da Secretaria de Educação do município de Maringá <http://www2.maringa.pr.gov.br/educacao/?cod=apoio>.

governamental) e 1 na modalidade de casa lar (não governamental). Possui também dois serviços de acolhimento familiar (1 governamental e 1 não governamental). Estima-se que em Maringá no ano de 2013 existiam 346 crianças e adolescentes vivendo em Abrigos (CMDCA, 2014).

Adentrando o terreno da socioeducação, Maringá dispõe de um Centro de Socioeducação (CENSE), voltado a adolescentes autores de ato infracional. O CENSE iniciou suas atividades em maio de 2010, atendendo adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Internação e Internação Provisória[77], na faixa etária entre 12 e 21 anos de idade incompletos. Possui capacidade física para receber até 86 adolescentes alojados individualmente, tendo uma área total de 22.000 m², sendo 4.500 m² de área construída. Em outubro de 2014, 71 adolescentes estavam em cumprimento de medida socioeducativa de internação, sendo que desses 71, 12 cumpriam internação provisória. Dos 12 em internação provisória, 10 eram moradores de Maringá e 02 de cidades da região. Outros 58 adolescentes cumpriam medida socioeducativa de internação por sentença, e destes, 36 eram de Maringá e 22 residentes da região. À época havia também 01 adolescente de Maringá cumprindo medida de internação provisória devido ao descumprimento de medida socioeducativa. Em relação às demais medidas, em outubro de 2014, cerca de 150 adolescentes cumpriam a medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), 204 em Prestação de Serviço à Comunidade (PSC) e 55 cumpriam medidas cumulativas de PSC e LA (CMDCA, 2014). Em Maringá as medidas em meio aberto são acompanhadas pelo Centro de Referência Socioeducativo – CRSE, ligados à Secretaria de Assistência Social.

Interessante mencionar que Maringá conta com uma instituição não-governamental intitulada Associação Maringaense dos Autistas (AMA) que atende pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista/Pessoas com Transtornos Globais do Desenvolvimento e seus familiares. A AMA trabalha na perspectiva da habilitação e da reabilitação atendendo cerca de setenta e nove (79) usuários diariamente, quinze (15) em regime integral. Essa associação também é mantenedora da 'Escola de Educação Especial Leo Kanner'.

[77] O ECA prevê que ao adolescente autor de ato infracional seja aplicada pela autoridade judiciária alguma medida socioeducativa. Entre essas mediadas estariam a) advertência, b) obrigação de reparar o dano, c) prestação de serviços à comunidade, d) liberdade assistida, e) semiliberdade e f) internação em estabelecimento educacional. Essa última não pode exceder o prazo máximo de três anos e deverá ser aplicada caso não haja outra medida adequada, sendo justificada para os casos de atos infracionais cometidos mediante grave ameaça ou violência contra a pessoa, pela reincidência de outras práticas infracionais graves ou por descumprimento reiterado e injustificável de medida socioeducativa anteriormente prescrita (BRASIL, 1990).

Por fim, citamos os demais Órgãos de Defesa de Direitos em funcionamento no município: um Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA, dois Conselhos Tutelares – um na zona norte e outro na zona sul, o Juizado de Direitos da Vara da Infância e da Adolescência e uma Delegacia da Criança e do Adolescente.

Procuramos com as incursões feitas ampliar um pouco o debate sobre a rede de atenção para além daqueles componentes desenhados oficialmente para a RAPS, conforme preconiza a Portaria 3.088/2011. Nessa investida observamos que a cidade de Maringá comporta uma rede intersetorial em potencial. Dizemos em potencial porque entendemos que existem resistências e fragilidades nesse cenário sobre as quais intentamos ponderar ao longo das análises enredadas pela pesquisa de campo, na próxima seção. Outrossim, é preciso prontamente que se diga que, identificadas resistências e fragilidades, a investida coletiva é que permitirá sua superação.

5 **REFLEXÕES ENREDADAS PELA PESQUISA**

O que precisa nascer
tem sua raiz em chão de casa velha.
À sua necessidade o piso cede,
estalam rachaduras nas paredes,
os caixões de janela se desprendem.
O que precisa nascer
aparece no sonho buscando frinchas no teto,
réstias de luz e ar
Sei muito bem do que este sonho fala
e a quem pode me dar
peço coragem.
Adélia Prado

Adélia Prado nos convida a pensar que, de uma forma ou de outra, o que é fato sempre aparece: aparece nas rachaduras, nas frinchas no teto, nas réstias de luz e ar. Nossa tarefa, enquanto pesquisadores, é buscar os vários determinantes que forjam a realidade e vão dando formas e ao mesmo tempo, expressando as formas do saber/fazer saúde mental na infância e adolescência que encaram o CAPSi, na atualidade, como um espaço autorizado a esse cuidado. É claro que essa busca, que é a busca pela compreensão das concepções é cheia de (des)caminhos, cruzamentos e atalhos, e requer de nós estranhamento, aproximações e distanciamentos porque as concepções de que falamos aqui são sempre provisórias e nunca irrestritas. Mas, como pronuncia a poetisa *"o que precisa nascer tem suas raízes em chão de casa velha"*, a nossa aposta é a de que nos debruçando sobre as concepções que atravessam as ações de cuidado, o piso ceda, estalem rachaduras e do velho possa nascer o novo.

Nessa seção apresentamos reflexões enredadas no curso da pesquisa, cujo objetivo central que nos guiou até aqui, relembramos, foi o de refletir sobre a efetivação das ações de cuidado em saúde mental no CAPSi e sua intersecção com a lógica da Atenção Psicossocial. No encalço desse objetivo apresentamos logo mais o perfil da clientela encaminhada para esse dispositivo a partir de duas frentes de análise: dos prontuários inativos e que revelam um pouco da dinâmica do CAPSi desde sua inauguração e, dos casos ativos que se conservam alvos das ações, revelando meandros do seu fazer cotidiano. Identificamos as instituições que mais encaminham, com quais queixas os usuários chegam, e ainda, quais desdobramentos tiveram seus casos depois de terem sido encaminhados ao CAPSi.

Essa caracterização, somada às informações desprendidas durante nossa inserção no campo, por meio da observação participante (acompanhamos a rotina de trabalho da equipe e

sua participação em reuniões, encontros e eventos multiprofissionais realizados na RAPS) e da realização dos GD, mediaram a análise das concepções que demarcam a constituição do CAPSi como espaço que encarna o mandato de cooperar com a construção da lógica da Atenção Psicossocial. Estando enlaçado por numerosas questões que inscrevem seu modo de efetivar o cuidado em saúde mental, refletimos sobre o CAPSi como um espaço atravessado por potencialidades e resistências que o colocam perante o desafio de não se reduzir a um mero serviço.

5.1 A DEMANDA[78] TOMA CORPO: DESENHANDO O PERFIL, DESVELANDO OS (DES)CAMINHOS

O que o CAPSi da cidade de Maringá-PR tem a nos contar? Com este trabalho damos margem às produções singulares que se desenham a partir das nuances de um dado território, seus recursos ou a ausência deles. Outrossim, a lógica da Atenção Psicossocial compreende que os projetos de reforma não são homogêneos, tampouco os CAPS serão. Entendemos que, apesar das orientações gerais quanto ao seu formato, composição de equipe, funcionamento, o jeito de fazer saúde mental de cada CAPS depende, entre outros fatores, da história pregressa da instituição, da concepção de saúde mental dos seus trabalhadores e dos laços que esses estabelecem com o ideário da Reforma Psiquiátrica. Depende também do investimento financeiro que viabiliza suas práticas, da composição da equipe e da relação que essa estabelece com a rede e se articula aos diferentes segmentos da sociedade em torno da causa da saúde mental, bem como do enfrentamento político e do compromisso das várias instâncias da gestão da saúde, que por vezes engessa qualquer movimento transformador.

O CAPSi fora pensado originalmente como dispositivo estratégico – organizador e articulador – para atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente (psicóticos, autistas, neuróticos graves, entre outros), que requerem cuidados intensivos uma vez que estão impossibilitados ou afetados de alguma forma em sua condição de manter ou estabelecer laços sociais e projetos de vida. E no CAPSi por nós investigado, como tem se produzido essa demanda?

Franco e Merhy (2005, p. 182-3) afirmam que a produção imaginária da demanda pelo usuário, e aqui estendemos àqueles que fazem seu encaminhamento a um dado serviço, é uma

[78] Utilizamos o termo ‘demanda’ para nos referir, de maneira geral, às queixas e motivos que sustentam a procura pelas ações de saúde mental ofertadas no CAPSi.

produção socialmente construída, relacionando-se ao perfil do serviço de saúde e também "à forma como se processa a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e sua clientela". Com queremos frisar que é no bojo das relações cotidianas do trabalho, no encontro com os pedidos de ajuda dimanados da rede que a demanda que por hora apresentamos foi sendo tecida.

Para conhecer quem são os usuários ou 'potenciais usuários' do CAPSi tomamos como referência as informações contidas nos prontuários – documentos padronizados compostos a partir dos registros dos cuidados que foram ou estão sendo despendidos pelos profissionais daquele dispositivo. Analisamos 533 prontuários inativos[79] – aqueles documentos que arquivados por algum motivo (alta ou desistência) conservam os dados dos pacientes que chegaram até o CAPSi via encaminhamento ou demanda espontânea desde sua inauguração em novembro/2011 até junho/2014. Entendemos que esses prontuários inativos testemunham particularidades do processo de existência do CAPSi e da forma como o cuidado se produziu nesse intervalo de tempo pregresso. Também analisamos 306 prontuários ativos que abarcam o período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015[80]. Destes prontuários, 232 mantinham-se em algum tipo de acompanhamento/tratamento no CAPSi e os demais estavam em processo de acolhida, alguns aguardando primeiro atendimento, outros esperavam a discussão da equipe para serem conduzidos e outros esperavam arquivamento.

Ao darmos margem às fontes documentais encontramos em estudos como o de Reis et al. (2009) certa ancoragem. Os autores observaram que os prontuários nem sempre tiveram sua utilidade reconhecida, nem seu uso foi valorado positivamente pelos trabalhadores da saúde mental. Ao contrário, no auge do modelo médico-hospitalocêntrico o preenchimento destes documentos além de ser considerado medida meramente burocrática e exclusivo aos casos de doenças físicas, enrijecia a dinâmica da situação dos usuários, contribuindo assim para a reificação e estigmatização do sofrimento. Na atualidade, afirmam Reis et al. (2009), os prontuários assumiram uma natureza democrático-cidadã e sendo ressignificados teriam seu preenchimento e uso marcados pela ideia de que o usuário é seu proprietário e as instituições apenas sua guardiã.

Além disso, como sinalizamos, o valor desses registros está no fato de que, enquanto marcas da processualidade, nos contam mais do que sobre percursos individuais, explicitando

---

[79] Entre esses 533 prontuários havia muitos com preenchimento dos dados do usuário incompleto. Alguns continham apenas o nome, outros traziam lacunas que iam desde a data de nascimento até a origem do encaminhamento.

[80] Esse levantamento faz parte de um Projeto de Iniciação Científica – PIBIC-AF-IS – Ações Afirmativas e Inclusão Social, vinculado ao CNPQ/FA/UEM que está em andamento, orientado pela autora dessa tese.

as formas como o cuidado vem se produzindo e por isso se constituem ferramentas importantes tanto para conhecimento da realidade posta quanto para o planejamento e organização futura das políticas públicas de saúde mental.

A seguir apresentamos o desenho do perfil dos usuários ou 'potenciais usuários' do CAPSi, projetado a medida que procuramos responder: Quem são essas crianças e adolescentes? Quais instituições os encaminham? Quais queixas os levam ao CAPSi? Qual destino/desfecho tiveram seus casos depois de terem sido encaminhados ao CAPSi?

5.1.1 **Quem são essas crianças e adolescentes?**

Quando hoje nos debruçamos sobre uma discussão acerca do perfil da clientela de um dado no CAPSi, procurando aclarar quem são aqueles que se conformam como público potencial de cuidados da saúde mental infantojuvenil, sabemos que velhos e novos desafios se impõem, exigindo-nos para além de um levantamento de caráter quantitativo, uma leitura crítica que parta dos atravessamentos que dão corpo a essa demanda.

A análise geral dos prontuários inativos revelou a prevalência eminente do público masculino, sendo que dos 533 prontuários, correspondem a 359, ou seja, 67% dos casos. Os demais, 174, eram do sexo feminino, totalizando no restante 33% dos casos. Os prontuários ativos ratificam essa prevalência, sendo que dos 306 casos, 231 são do sexo masculino, ou seja, 75,49% dos casos; enquanto o feminino soma 74 casos, 24,21%. Nesses prontuários havia registro de 1 caso como sendo de um travesti.

A prevalência do público masculino nos serviços de saúde mental já fora constatada e discutida em pesquisas como a de Hoffmann et al., (2008) e Delfini et al. (2009). Aqui sinaliza-nos a necessidade de problematizar o predomínio do grupo masculino e das queixas comportamentais que insere suas condutas no rol de doentes reais ou potenciais.

Verificamos que a faixa etária geral dos encaminhados engloba sujeitos de 01-18 anos de idade. Fazendo uma análise a partir das categorias criança (pessoas com até 12 anos incompletos) e adolescente (até 18 anos incompletos), constatamos que nos prontuários inativos, em média 40% eram crianças e 50% adolescentes, sobressaindo-se os que se encontravam na faixa etária de 15-18 anos. Já nos casos em andamento verificamos uma menor variância: 51% casos atendidos são de crianças e cerca de 47%, de adolescentes, sobressaindo-se as idades entre 9-11 anos, conforme denota a tabela a seguir:

Tabela 2: Faixa etária dos usuários

Categoria Idade	Prontuários Inativos	Prontuários Ativos
Até 08 anos	136	73
09-11 anos	78	83
12-14 anos	132	75
15-18 anos	143	68

Para além do que corroboram os números expostos, fazendo uma análise mais pormenorizada dos prontuários quando a categoria criança-adolescente é associada à categoria gênero masculino-feminino, chegamos a outras constatações: os prontuários inativos abonam que os meninos são encaminhados mais cedo e cerca de 19 casos de crianças, de 01-04 anos de idade, foram conduzidos para atendimento ao CAPSi. Os casos masculinos encaminhados com maior frequência por idade seriam os de crianças de até 08 anos e os de adolescentes de 15-18 anos, como dissemos há pouco. Quando essa associação é da categoria gênero feminino-idade, temos mais meninas sendo encaminhadas nas idades de 15-18 anos, seguidas das adolescentes de 12-14 anos[81].

Os prontuários ativos confirmam essa mesma predileção: crianças do sexo masculino e de idade até 11 anos são a maioria. Já no público feminino a idade prevalente foi a de adolescentes de 12-14 anos. Chama-nos a atenção nos prontuários ativos a ocorrência de 16 casos de crianças com idades entre 4-5 anos e novamente com a predominância do sexo masculino, redundando a discussão apontada por nós acerca da precocidade dos encaminhamentos acima.

5.1.2 **Da origem dos encaminhamentos**

Neste trabalho, ao destacarmos a importância da intersetorialidade tanto como princípio quanto como estratégia/recurso potencializador das ações de cuidado na saúde mental infantojuvenil, o fizemos para enfatizar que o compromisso coletivo está no cerne da proposta da Atenção Psicossocial e sustenta a máxima de que a assistência ultrapassa o alcance da política de saúde e impetra todas aquelas ações dispensadas pelas instituições, serviços e pessoas que compõem o universo relacional do sujeito que sofre.

Ao refletirmos sobre a origem dos encaminhamentos, acreditamos que essa incursão pode nos contar um pouco mais sobre como vem (ou não) se estabelecendo o necessário

[81] Outra informação que merece ser registrada é a de que dos 533 dos prontuários inativos, 44 não disponibilizavam dados acerca da idade dos encaminhados. Já nos ativos, 7 não dispunham desse dado.

diálogo entre os que compõem essa rede chamada intra e intersetorial, bem como o que pensam e esperam do CAPSi e das práticas impetradas aqueles que procuram no seu atendimento algum respaldo para as questões envoltas à saúde mental de crianças e adolescentes.

Os prontuários nos revelaram que o CAPSi recebeu desde sua inauguração, em novembro de 2011, encaminhamentos das mais diferentes políticas setoriais, instituições, serviços e categorias profissionais. Entre aquelas que compõem a ampla rede de assistência à infância e adolescência no município de Maringá, citamos as pertencentes à **Saúde Pública** (UBS's, CAPS, CISAM, Hospital Municipal, Emergência Psiquiátrica) e à **Saúde Privada** (hospitais e clínicas particulares, profissionais de saúde autônomos que prestam serviço no município); à **Educação** (escolas municipais de educação básica – ensino infantil e fundamental, escolas da rede estadual de ensino – séries finais do ensino fundamental e ensino médio, Núcleo Regional de Ensino e Secretaria Municipal de Educação); ao **Sistema de Garantia de Direitos** (Conselho Tutelar); à **Justiça** (Juizado e Promotoria da Infância e Juventude, Centro de Socioeducação – CENSE) e por fim, as pertencentes à **Assistência Social** (CRAS, CREAS, Abrigos, Programas de Contraturno escolar, Organizações Não-Governamentais – ONG's, entre outros).

Além disso, constatamos que muitos casos chegaram ao CAPSi intitulando-se demanda espontânea, mas ao longo das abordagens, nos contatos com a família, esta atrelava a busca pelo CAPSi à orientação anterior de algum serviço ou profissional da rede. A partir de um levantamento em termos frequenciais, apresentamos abaixo os setores ou instituições da rede intra e intersetorial que mais encaminharam ao CAPSi no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2015, e englobam casos que estão em atendimento, bem como aqueles que por algum motivo já foram arquivados.

Tabela 3: Instituições que encaminham crianças e adolescentes ao CAPSi

INSTITUIÇÃO/SETOR	Quantidade de casos encaminhados 533 Prontuários Inativos	%	Quantidade de casos encaminhados 306 Prontuários Ativos	%
UBS's	**141**	**26,45**	**107**	**35**
Conselho Tutelar	**65**	**12,19**	**30**	**9,8**
Educação (escolas municipais de ensino fundamental e infantil, escolas da rede estadual, Núcleo Regional de Ensino, profissional da equipe de apoio da Secretaria Municipal de Educação)	**64**	**12**	**38**	**12,4**
CISAM	**60**	**11,25**	**28**	**9,1**
Demanda Espontânea	**47**	**8,8**	**14**	**4,6**
Assistência Social/Rede socioassistencial	**23**	**4,3**	**23**	**7,5**
Justiça (Juizado/Promotoria da Infância e Juventude, Centro de Socioeducação - CENSE)	**16** **2** CENSE **14** Poder Judiciário	**3**	**22** **19** CENSE **3** Poder Judiciário	**7,2**
SEM DADOS	**54**	**10,1**	**05**	**1,6**

Ao nos debruçarmos sobre esses números rememoramos que na abertura dessa seção afirmamos que o jeito de fazer saúde mental de um CAPS vai sendo tecido a partir de alguns fatores que lhes são atinentes, entre outros, a história pregressa da instituição e a relação de sua equipe com a rede. Como informamos logo na introdução desse trabalho, quando da sua inauguração, a população atendida no CAPSi foi composta por usuários encaminhados pelo serviço ambulatorial de Psiquiatria Infantil do CISAM e pelas diferentes UBS's do município de Maringá. Tal prática justifica, a princípio, a constância com que esses dois equipamentos aparecem como instituições encaminhadoras nos prontuários inativos e, por conseguinte, nos leva a considerar a manutenção dos seus destaques nos prontuários ativos ante todas as demais instituições que compõem a ampla rede de instituições de atendimento à infância e adolescência do município.

No caso das UBS's, como revelam os prontuários ativos, elas representam sozinhas na atualidade, 35% do total de encaminhamentos de crianças e adolescentes para atendimento no CAPSi. Como ressaltamos em outros momentos, a produção e a qualidade do cuidado em saúde mental depende do vínculo e da corresponsabilidade dos diferentes atores envolvidos com o sujeito que sofre. Tal constância de encaminhamentos oriundos das UBS's nos instiga a problematizar: como podemos pensar o diálogo e a relação intrasetorial entre CAPSi-Atenção Básica? O vínculo e a corresponsabilização necessários é sem entraves com a Atenção Básica conseguidos?

Voltemos brevemente à história para pensar um pouco sobre essa imbricada e desafiante relação. Sabemos que o SUS foi organizado hierarquicamente em níveis de atenção: atenção primária ou básica[82], secundária ou de média complexidade e terciária ou de alta complexidade. A chamada Atenção Básica à Saúde tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sua principal via de implementação. Refazendo parte da trajetória do SUS, temos que em 1994, o na ocasião denominado Programa de Saúde da Família (PSF) nascia a partir da constatada necessidade de se romper com o modelo assistencial à época hegemônico no Brasil. Esse modelo era caracterizado pela oferta de ações curativas e medicalizantes, pautadas numa lógica médico-centrada.

Em 2004 o PSF, dados avanços e reconhecimento do seu escopo, tornar-se-ia ESF, sendo reconhecido não mais como um programa, mas um dispositivo estratégico à implementação dos preceitos da reforma sanitária brasileira como a universalização do atendimento à saúde. Também como marcas desse processo, em 2006 foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) cujo objetivo foi o de revigorar esse nível de atenção à saúde no Brasil. Em 2011 o Ministério da Saúde aprovou a Portaria 2.488, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, tendo como princípio a atuação no território a partir dos diagnósticos situacionais, propondo o enfrentamento às necessidades de saúde de forma pactuada com a comunidade.

Destarte, enquanto os CAPS ocuparam um papel estratégico no contexto da reorganização da assistência à saúde mental no Brasil, desde a década de 1990, expandindo-se como proposta técnico-assistencial a partir de 2002, a Atenção Básica, por ser considerada tradicionalmente a porta de entrada do SUS e por ter seus objetivos antenados com os da Atenção Psicossocial, tem recebido especial destaque nas discussões que ponderam que essa interface seria condição *sine qua non* para a Reforma Psiquiátrica se materializar.

À medida que os prontuários revelaram que a Atenção Básica (na figura das UBS's) é quem mais encaminha crianças e adolescentes ao CAPSi, inevitavelmente somos instigados a questionar como tem se dado no município o atendimento a essa expectativa, nos perguntando se Atenção Básica tem incorporado no rol das suas ações aquelas reconhecidas como 'naturalmente' da saúde mental ou ainda entendem que encaminhar é a prática mais indicada presumindo serem de responsabilidade dos serviços ditos especializados em saúde mental.

---

[82] Internacionalmente vigora o termo 'Atenção Primária' para denominar a forma de organização regional, contínua e sistemática que visa responder as necessidades de saúde da população, integrando ações preventivas e curativas, bem como de promoção à saúde. No Brasil tornou-se usual o termo 'Atenção Básica' para designar a reorientação do modelo assistencial a partir dos avanços alcançados com o movimento sanitário já destacado por nós em outro momento.

Tanaka e Ribeiro (2009, p. 484) nos informam que os próprios documentos oficiais do Ministério da Saúde colocam que "o PSF[83] deveria dar conta de 85% das necessidades de saúde da população cadastrada", mas nesses documentos, contraditoriamente, "as questões psicossociais não estão incluídas como prioridades". Oportunamente lembram os autores que, em que pese essa exclusão, a proximidade das equipes de ESF com a comunidade e a possibilidade de implementar um cuidado integral e longitudinal, abrem espaço para que as questões complexas como a saúde mental sejam tratadas na Atenção Básica, incluídas e ou ampliadas no escopo das ações das ESF.

Partindo do pressuposto que a Atenção Básica seria um *locus* distinto para a construção de outra lógica de cuidados, a centralidade outrora delegada aos CAPS vem sendo paulatinamente deslocada para aquele nível de atenção à saúde, num enfrentamento ao que alguns autores como Amarante (2003, p. 62) chamaram de "capsização do modelo assistencial" que vinha reduzindo a Reforma Psiquiátrica, enquanto processo social complexo, à implantação de serviços como os CAPS's. Sem prejuízo às ações de cuidado produzidos nos diferentes dispositivos da RAPS, bem como nos demais pontos dessa complexa rede, a Atenção Básica teria um papel relevante no processo da Reforma Psiquiátrica por comportar ações de saúde que se materializam (ou deveriam se materializar) a partir dos vínculos de confiança criados entre equipe-usuários, apostando na corresponsabilização decorrente do acolhimento e do acompanhamento contínuos dispensados no próprio território, onde a vida do usuário acontece.

A interface Saúde Mental-Atenção Básica merece dispêndio de reflexão porque, infelizmente como sinalizam Delfini e Reis (2012), o encaminhamento se mantém como a principal forma de contato entre as equipes de ESF e dos CAPSi's. Esse tipo de relação evidencia tanto a desarticulação das ações quanto a fragmentação dos serviços, segundo destacaram também outros autores como Lucchese et al. (2009).

E, mesmo que esse encaminhamento seja por algum motivo necessário, ele precisa ser implicado no sentido de corresponsável. Esse é um importante princípio arrolado pela Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil que apregoa que quem encaminha precisa se envolver e acompanhar aquele que fora encaminhado (BRASIL, 2005). Não obstante, durante a realização dos GD, uma fala nos chamou bastante a atenção e expressa em partes o teor da relação que CAPSi-Atenção Básica à medida que pondera que *"a ideia que se tinha é que veio para o CAPSi não tem mais nem dente na boca, não tem mais ginecologia. Não é porque*

[83] Na citação do referido documento aparece o termo PSF, mas atualmente ler-se-ia ESF.

tá aqui que deixa de ser da Atenção Básica". Nessa perspectiva, encaminhar se traduz em se desresponsabilizar por qualquer outra necessidade de saúde daquele usuário que parece se resumir ao sofrimento psíquico que apresenta.

Ademais, como lembrou Zambenedetti (2009, p. 342), o encaminhamento proclama o modelo tradicional de trabalho, que assentado na lógica taylorizada acaba por deixar "nas mãos do usuário a responsabilidade pelo acesso ao serviço ao qual é referenciado" e mais, incumbe exclusivamente ao profissional o poder de "delimitar o que seu serviço pode ou não atender e qual o outro serviço mais adequado dentro da lógica hierarquizada do SUS". Nessa perspectiva, observa o autor, não importa se o usuário tem ou não condições de acessar outro serviço e igualmente, se o outro serviço está para ele disponível, se tem filas de espera, ou ainda, qual o sentido essa perambulação vai produzindo para o usuário, se é de abandono, de esperança ou de ineficácia. Outro risco decorrente da lógica do encaminhamento apontado por Zambenedetti (2009) é o de que nesse vai e vem, o caminho percorrido pelo usuário pode ser guiado pelo viés da doença e dos sintomas, impelindo-o a percorrer vários serviços, levando-o a uma verdadeira peregrinação pela rede.

Nesse sentido, vimos afiançando que embora "uma rede de atenção integral se componha pelos serviços de saúde e recursos do território, ela depende das pessoas que atuam nos serviços, das conexões e vínculos que estabelecem entre si para atingir um objetivo comum" lembrando que na construção do vínculo entre o CAPSi e a Atenção Básica é mister "valorizar e investir na relação entre as pessoas [...] para que haja um trabalho compartilhado entre as duas equipes e na rede como um todo" (DELFINI; REIS, 2012, p. 385).

Como potencialidade dessa rede, lembramos que Maringá conta com vinte e oito (28) UBS's e com outras sete (7) em processo de implantação. Além disso, conta com sete (7) equipes multiprofissionais de NASF que buscam ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações da Atenção Básica. Mas para além da existência de uma ampla cobertura de serviços e estruturas físicas ideais, a rede que pleiteamos se constrói na e pelas relações que vão sendo tecidas no trabalho coletivo e nas tramas do fazer cotidiano. Logo, o encaminhar não pode se confirmar como prática rotineira e desdobrar-se apenas na transferência daquilo que é considerado demanda particular dos serviços ditos especializados. A relação entre as equipes da Atenção Básica e do CAPSi deve coadunar na corresponsabilização dos processos de produção de cuidado em saúde mental, favorecendo espaços de ampliação da clínica.

Em relação à política setorial da educação, especialmente as escolas municipais mantiveram-se como fonte fértil de produção de demandas para o CAPSi, ocupando o segundo lugar entre as instituições encaminhadoras.

Ensaiamos na seção 3.2 um breve recontar da história da psiquiatria lembrando que o sofrimento psíquico na infância e adolescência foi por muito tempo interpretado como sendo da ordem do cognitivo e como essa interpretação fez com que as intervenções voltadas a esse segmento se restringissem de maneira prevalente às de cunho pedagógico. Vimos que as primeiras contribuições médico-pedagógicas voltaram-se às crianças ditas deficientes e que a fecunda parceria entre a pedagogia e psiquiatria produziu efeitos deixando aqueles que se encontravam em sofrimento psíquico à revelia quase que exclusiva de práticas educativas cujo objetivo era reabilitar e adaptar.

Por outro lado, reconhecer que na atualidade a política setorial da educação apresenta-se como produtora de demanda para os serviços de saúde mental, faz-nos pensar criticamente acerca do contorno desse *status* uma vez que a instituição escola, como sabemos, tem buscado historicamente respostas para seus percalços firmando ou procurando firmar parcerias com a política setorial da saúde.

Esta busca nada contemporânea, como sabemos, decorre do entendimento de que haveria, do ponto de vista biológico, justificativas para os problemas observados no processo de escolarização de muitas crianças. A parceria educação-saúde foi estudada por Mendonça (2006) que observou que lá na década de 1930 foram instaladas no Rio de Janeiro e em São Paulo, as à época chamadas *Clínicas de Orientação Infantil*. Estas clínicas se ocupavam de avaliações médicas e psicológicas para determinar o nível de inteligência, habilidades e personalidade da criança, com a promessa de diagnosticar e prevenir possíveis desajustes mentais e comportamentais. A assistência à saúde do escolar era alçada paulatinamente no alvorecer do século XX como imperativa condição para que a aprendizagem escolar ocorresse.

Em tempos de CAPSi, a tentativa da escola de firmar uma parceria com a saúde, tem colocado essa instituição no cerne dos debates acerca da origem dos encaminhamentos e do perfil da clientela atendida pelos serviços de saúde mental infantojuvenis. Hoffmann et al., (2008) em um estudo que procurou identificar no ano de 2003 o perfil epidemiológico da clientela atendida em sete CAPSi's que foram habilitados a partir da Portaria 336 (BRASIL, 2002b), atentaram-se para os diagnósticos voltados aos denominados "problemas de habilidades escolares" que em tempos de implantação de um novo modelo assistencial em saúde mental, já indicavam "a necessidade de investimento na articulação e discussão entre profissionais da saúde e da área educacional" (HOFFMANN et al., 2008, p. 638).

O estudo de Delfini et al. (2009), que buscou caracterizar o perfil do usuário por meio da análise dos prontuários de um CAPSi, novamente apontou que as causas mais referidas

para os encaminhamentos eram as queixas neuromotoras seguidas pelas escolares. Enquanto as primeiras eram explicadas pelo fato de o CAPSi estudado ter absorvido pacientes e profissionais de um serviço de reabilitação que fora extinto, as segundas preocupavam porque testemunhavam o que outros estudos há tempos já vinham asseverando: a escola aparece como protagonista do processo de encaminhamento de crianças e adolescentes para os serviços de saúde e de saúde mental.

Nessa mesma direção, Ronchi e Avellar (2010) ao analisarem os prontuários de um CAPSi da cidade de Vitória-ES, em seu primeiro ano de funcionamento, encontraram entre as principais causas de encaminhamentos as chamadas 'dificuldades escolares', indicando além da necessidade de uma maior investigação acerca da essência dessas queixas, a importância do desenvolvimento de ações intersetoriais e de discussões que conjugassem os aspectos socioculturais, educacionais e de saúde dos usuários do CAPSi.

Os estudos supracitados afiançam que é indiscutível a necessidade de estreitar o diálogo com os atores da política de educação. No CAPSi por nós investigado, algumas falas dos profissionais durante os GD, revelaram que haveriam por parte das escolas muitos encaminhamentos equivocados, e que chegara um momento em que essas escolas encaminhavam qualquer criança, dando a impressão de que *"[..] não estavam mais discutindo os processos pedagógicos, só encaminhavam, encaminhavam..."*.

Ao encaminhar qualquer criança, a escola endereça muitas vezes ao CAPSi a responsabilidade por solucionar questões de diferentes ordens, e o desejo de estabelecer essa pseudoparceria acaba por patologizar as questões escolares ocultando a natureza social e política destas, como discutira tão bem Patto (1984). Do mesmo modo, se o profissional da saúde acolhe indiscriminadamente esse encaminhamento, acaba por contribuir tanto para o aumento do déficit da oferta do serviço em relação às demandas, quanto por perpetuar questões secularmente debatidas e que são provas da ineficácia e de um fracasso que é socialmente produzido, como nos alertaram Boarini e Borges (1998).

Caminhando um pouco mais na discussão acerca da origem dos encaminhamentos, notamos que o Conselho Tutelar fora outra instituição que se manteve entre as que mais encaminham crianças e adolescentes ao CAPSi. O que nos sugere essa informação já que nos referimos a um órgão cuja função não diz respeito necessariamente a esse tipo de prática? Expliquemos.

Olhando para o passado vislumbramos que o surgimento do Conselho Tutelar, enquanto órgão municipal autônomo e não jurisdicional que remonta a criação do próprio ECA (BRASIL, 1990), se deu em um momento histórico e social do nosso país em que a luta

pelos direitos sociais da criança e do adolescente foi acirrada pela força dos movimentos sociais e esteve atrelada a um conjunto maior de reivindicações. Assim, entre outras atribuições, o Conselho Tutelar teria, como prevê o ECA, o dever de, no atendimento direto a essa população, imputar medidas protetivas cabíveis, com vistas a garantir às crianças e adolescentes os direitos humanos fundamentais.

Entre as medidas protetivas cabíveis sabemos que seria competência do Conselho Tutelar encaminhar/requisitar tratamento de saúde (médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial) e que esse encaminhamento/requisição se justificaria, sobretudo, quando da ausência da garantia e/ou violação dos direitos da criança e do adolescente, seja por ação ou omissão da sociedade e do Estado; falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis; ou ainda, pela conduta da própria criança ou do adolescente. Logo, entendemos que o Conselho Tutelar deveria adotar o procedimento de encaminhar/requisitar tratamento particularmente quando da ausência do atendimento de algum serviço de saúde ou do seu descaso diante das situações que exigem tratamentos especializados.

No curso da realização dos GD quando questionados acerca da existência de possíveis encaminhamentos equivocados e do trato da equipe com esse procedimento, tal qual ocorrera com as UBS's, um dos profissionais do CAPSi afirmou que *"[...] com a Educação já sofremos mais, nesse momento é mais com o Conselho Tutelar"*.

Assim, paradoxalmente, a prerrogativa de poder encaminhar/requisitar tratamento de saúde tem levado o Conselho Tutelar a recorrer com assiduidade aos serviços ofertados pelo CAPSi, acionando-o para avaliar e tratar psicoterapeuticamente[84] determinados grupos de crianças e adolescentes, exigindo-lhe retorno quanto ao andamento do processo avaliativo e/ou terapêutico por meio da elaboração e envio de relatórios mensais. Essa conduta agencia que esse órgão tem se afastado cada vez mais do seu propósito inicial, uma vez que ele não foi idealizado para atuar numa perspectiva disciplinar, nem prescritiva, mas para desenvolver ações de cunho reivindicativo, como já pontuamos.

Scheinvar e Nascimento (2007) questionaram como um órgão com características não jurisdicionais vem se revestindo dessas características e mesmo não detendo tal poder, reveste-se de autoridade da lei no exercício de sua prática. Lembram que o ECA propôs um novo ordenamento político e que para se materializar necessita de condições - em especial da existência de políticas públicas - para a aplicação da lei como via de acesso à garantia dos

---

[84] O fato de o Conselho Tutelar requisitar tratamento, não lhe confere autoridade de definir qual o melhor tratamento indicado. Lembramos que, em se tratando de questões de saúde mental, seria responsabilidade da equipe, juntamente com a família e o usuário, definirem as particularidades do PTS.

direitos fundamentais. Na ausência dessas condições materiais, o Conselho Tutelar tem focado na força da lei em detrimento do seu papel de reivindicação política e de intervenção na ordem pública. Ao aliar-se aos "segmentos organizados que exercem o poder na área social, que hoje no Brasil são os órgãos de justiça ou policiais (Juizados, Ministério Público, delegacias)" (SCHEINVAR; NASCIMENTO, 2007, p. 156) o Conselho Tutelar desconsidera, por exemplo, toda omissão do Estado em assegurar o funcionamento e a qualidade dos serviços ofertados pelos diferentes equipamentos sociais.

O levantamento nos prontuários também evidenciou o aumento dos encaminhamentos advindos da política de Assistência Social. A parceria do CAPSi com esta política foi destacada nos GD com a menção ao fato de que a Secretaria Municipal de Assistência Social tem convidado os profissionais do CAPSi para participarem dos eventos, bem como tem procurado estreitar o diálogo acerca de usuários e familiares comumente atendidos. Nessa perspectiva observamos nos prontuários ativos a existência de encaminhamentos oriundos dos serviços de Proteção Social e Especial, dos abrigos e da Casa-lar que acolhem crianças e adolescentes no município. Foram dez (10) casos de crianças e adolescentes abrigados encaminhados, acrescidos de onze (11) encaminhamentos de usuários dos CRAS's e CREAS's, e de dois (2) casos inicialmente atendidos no Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM).

Vimos na subseção 4.4 que o município conta com três serviços de acolhimento institucional: dois na modalidade de abrigo (um (1) governamental e um (1) não governamental) e um (1) na modalidade de Casa-lar (não governamental). Possui também dois serviços de acolhimento familiar (um (1) governamental e um (1) não governamental). No âmbito desse debate, estimar-se-ia que em Maringá no ano de 2013, 346 crianças e adolescentes estavam vivendo nesses abrigos (CMDCA, 2014) aludindo à relevância dessa informação no que tange as questões de saúde mental geralmente envoltas na própria proposição do abrigamento.

Ademais, no item 3.3 desta tese vimos que a saúde mental caminhou por longos anos ao reboque da assistência quase que exclusiva das instituições caritativas e filantrópicas, com viés fortemente educativo/corretivo e a interface Saúde Mental-Assistência Social no Brasil também foi sendo demarcada pelo trabalho que se propunha ser 'social' nessas instituições. Com a Reforma Psiquiátrica passou-se a exigir cada vez mais que os diferentes profissionais envolvidos no cuidado à saúde mental, seja em qual for o nível de atenção, compreendam a complexidade e as contradições que permeiam a questão social e repercutem sobre a formulação e execução de qualquer política pública. Com isso queremos afirmar que, seja no

interior dos CAPS, seja nas ações da rede intra e intersetorial e no território, os profissionais da rede precisam compreender que as políticas públicas, a seu modo, expressam as contradições da relação capital-trabalho no seio da sociedade capitalista e que essas políticas muitas vezes se estruturam e modificam por conta de interesses bem específicos.

Com isso não queremos negar que a política de Assistência Social, tal qual a de Saúde, passou nas últimas décadas por inegáveis e importantes modificações. A conquista do *status* de política social aconteceu com sua inclusão no tripé da seguridade social juntamente com a Saúde e a Previdência Social a partir da Constituição Federal de 1988 e com a vigência da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) em 1993. Pautados nas deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social ocorrida em 2003, aprovou-se a construção e implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que deu base para que no ano seguinte fosse estruturada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

A partir do SUAS propôs-se que a intervenção nessa área se desse por níveis de complexidade a partir de dois sistemas articulados e com foco especial na família: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial. Enquanto a primeira seria implementada por meio das ações territoriais dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) que são a 'porta de entrada' do sistema, a segunda ficaria no encargo dos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) que são espaços de atendimento voltados àqueles em situação de risco pessoal e social e que tiveram seus direitos violados (BRASIL, 2004c).

Nessa perspectiva identificamos um viés importante da interface entre a política de Saúde Mental e a Assistência Social: tendo esta última, entre outros atributos, que garantir direitos sociais e promover a cidadania dos considerados excluídos, àqueles que sofrem psiquicamente se constituem (ou deveriam constituir) público prioritário de suas ações[85]. Acrescido a isso destacamos que de acordo com a PNAS (BRASIL, 2004c) a territorialização estaria entre os principais pressupostos da política pública de Assistência Social e sua rede operacionalizada através de territórios, mais uma diretriz que coaduna com os princípios organizativos da política de saúde e saúde mental.

---

85 A Assistência Social é uma política social não contributiva e direito de quem dela necessitar. Volta-se aos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos pessoal e social: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; que vivenciam diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; aqueles com inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal (BRASIL, 2004c).

Entre outros recursos dispensados pela Assistência Social que intermediam a garantia dos direitos e promoção da cidadania podemos citar o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que consiste em um (1) salário mínimo mensal e destina-se às pessoas portadoras de alguma deficiência e aos idosos com setenta (70) anos ou mais e que comprovem incapacidade para prover a manutenção da sua subsistência. Esse benefício é estendido às pessoas em sofrimento psíquico mediante a comprovação da incapacidade para uma vida independente e para o trabalho, devendo ainda ter a renda familiar *per capita* mensal inferior a um quarto (¼) do salário mínimo (BRASIL, 1993).

É claro que o escopo da política de Assistência Social extrapola a intermediação de benefícios de transferência de renda, pois tendo a questão social como seu objeto, são inúmeras as possibilidades de atuar junto aos que vivenciam processos cotidianos de exclusão. Do mesmo modo, a interface Saúde Mental-Assistência Social não pode se restringir às práticas de encaminhamento como estamos nessa subseção problematizando. Interessa-nos pensar que essa interface precisa se efetivar nas chamadas ações extramuros, que sendo pactuadas e compartilhadas entre os profissionais e serviços que compõem essa ampla e complexa rede, encontrem na família sua centralidade, privilegiando e fortalecendo a convivência social e comunitária.

Na interface Saúde Mental-Assistência Social outras propostas de ações poderiam ser desenvolvidas. Aqui prontamente sinalizamos para algumas potencialidades que aspiramos para essa parceria: o trabalho com as famílias nos territórios partindo e incrementando iniciativas já existentes; a articulação e a busca conjuntas de equipamentos comunitários que favoreçam a inserção social; a inclusão dos usuários da saúde mental e seus familiares em projetos de geração de trabalho e renda[86]. Ademais, seria também potente o fomento à organização e participação de usuários e familiares nos diferentes espaços de controle social como os conselhos municipais e locais e conferências. Como observa Vasconcelos (2007), é fundamental esse fomento se desejamos construir práticas que conjuguem e respondam aos interesses e necessidades individuais e coletivos. Essas práticas só se efetivarão se houver o compartilhamento de objetivos ético-políticos conforme reivindicam as políticas públicas que aspiram realmente ter caráter emancipatório.

A Justiça igualmente se manteve entre os setores que mais encaminham ao CAPSi. Observamos que a relação entre justiça e a área da infância e adolescência vem se delineando nos últimos anos, sobretudo, a partir de duas frentes: aquelas intervenções/encaminhamentos

[86] Nesse ponto um desafio que se inscreve é a viabilização da inclusão no mundo do trabalho e a controvérsia imposta pela restrição ao acesso ao BPC que conjuga o direito ao benefício à incapacidade laboral.

que respondem pelo nome de ‘medidas protetivas’ e aquelas que configuram as chamadas ‘medidas socioeducativas’. Sucintamente, como já apresentamos no item 1.1, as medidas de proteção são aquelas aplicáveis sempre que os direitos da criança e do adolescente estão sendo ameaçados ou violados, enquanto as socioeducativas aplicar-se-iam se verificado o cometimento de um ato infracional por parte de um adolescente, ou seja, quando o adolescente é o agente violador de direitos.

Persiste entre nós a dificuldade de estabelecer um diálogo mais estreito e horizontal com o judiciário. Essa dificuldade se traduz muitas vezes na formalidade com que as questões da infância e adolescência são tratadas na relação entre Saúde Mental-Justiça, limitando-se muitas vezes às respostas formais de ofícios e envio de relatórios técnicos que discorrem sobre o curso de um dado atendimento para a autoridade judicial, dos pareceres ou das avaliações realizadas pelas equipes de saúde mental.

Na prática cotidiana a relação Saúde Mental-Justiça não está isenta de ressalvas e o levantamento dos prontuários nos indica ser possível construir outro tipo de relação. Durante os GD, os profissionais do CAPSi relataram o movimento da Promotoria da Infância e da Adolescência do município de Maringá-PR em estabelecer pontes, estreitar as ações por meio da discussão dos casos encaminhados. Talvez essa disposição em fazer trocas, em sentar e pensar juntos, explique a mudança no curso do processo quando o levantamento acerca da origem dos encaminhamentos nos revela que nos prontuários ativos os advindos da Justiça foram gradativamente diminuindo.

Finalizamos essa subseção concluindo que para além da verificação de quais são as instituições encaminhadoras, interessa-nos conhecer qual o teor desses encaminhamentos, quais queixas levam aqueles considerados potenciais usuários ao CAPSi. Se são várias as instituições, serviços e profissionais que compõem a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil no município, interessa-nos saber o que os têm levado a reconhecer o CAPSi como *locus* apropriado para acolhimento e tratamento dos casos atinentes à saúde mental. Uma interpolação acerca da origem do encaminhamento *versus* queixas mais recorrentes, pode nos ajudar a compreender um pouco mais acerca não só do desenho do perfil dos usuários, mas dos (des)caminhos que conduz ao CAPSi e contribui para que este efetive ou não o ideário da Atenção Psicossocial.

5.1.3 **Das queixas mais recorrentes**

Durante muito tempo a saúde mental infantojuvenil não esteve estruturada ou sistematizada nem como campo de estudos, nem de intervenção. Apesar de já nas primeiras décadas do século XX a preocupação com a assistência à infância não mais se restringir à 'saúde física', delongou algumas décadas até que o Estado fosse decisivamente cobrado a responder pela elaboração de políticas públicas voltadas às questões atinentes à saúde mental. E, esse engajamento do poder público, quando ocorreu, antes de significar garantia de direitos, redundou em projetos de institucionalização da assistência e do cuidado voltados àquelas crianças e adolescentes que, passando por distintos crivos e motivos, principiavam responder pela insígnia do desvio, do desajuste, da anormalidade.

Contemporaneamente o crivo psiquiátrico, por exemplo, nos dirá que 12,6% dos brasileiros com idade entre 6 e 17 anos apresentam sintomas de 'transtornos mentais' (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008). Estudos internacionais registram prevalências entre 10 e 20% de um ou mais problemas mentais na população infantojuvenil mundial, dentre os quais cerca de 4 e 6% teriam indicação para alguma intervenção clínica. As demandas mais frequentes emanariam do público masculino e envolveriam os chamados transtornos do desenvolvimento psicológico, transtornos emocionais e de comportamento (HOFFMANN et al., 2008). O Ministério da Saúde, por sua vez, dirá que entre as demandas que exigirão um cuidado mais intensivo estariam a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade, bem como aqueles problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas e o suicídio (BRASIL, 2005).

É claro que essas declarações e as cifras envoltas nas estatísticas que apontam sobre a prevalência dos chamados 'transtornos mentais', não só na infância e adolescência, precisam e são questionáveis. Ainda mais em tempos de DSM-V cujas patologias descritas ultrapassam a casa das trezentas... Precisam ser questionados não só pela influência desse manual que atravessa os diferentes continentes e alcança inclusive o sistema de classificação de doenças da OMS, como também pela amplitude das definições do que seria anormal de acordo com o mesmo. Essa amplitude faz com que alguns comportamentos infantis se transformem prontamente em algum tipo de 'transtorno mental' como indica Brum (2014). Um exemplo contundente seria o comportamento que por muito tempo foi conhecido como 'birra infantil' e que no DSM-V é descrito como 'Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor' caracterizado por episódios frequentes de irritabilidade e descontrole emocional. Esse é apenas um protótipo de como o saber psiquiátrico 'produz' novas doenças ante um terreno fértil que só nas últimas décadas fez triplicar os diagnósticos de TDAH, aumentar em mais de

vinte (20) vezes os de autismo e em quarenta (40) vezes o de 'Transtorno Bipolar na infância', arremata Brum (2014).

No CAPSi por nós investigado, de 533 prontuários inativos analisados, 98 não traziam dados relativos à queixa, deixando uma lacuna a esse respeito. Lembramos, além disso, que na maioria dos prontuários havia o registro de mais de uma queixa, assim após uma leitura geral, acabamos por selecionar as três (3) que em cada caso apareciam como as mais relevantes. O quadro a seguir foi construído intentando favorecer a visualização das que conformaram, a partir dessa seleção, as mais recorrentes e que têm levado o público infantojuvenil até o CAPSi:

Tabela 4: As queixas mais frequentes

QUEIXA	Frequência com que essa queixa aparece nos 533 Prontuários Inativos	Frequência com que essa queixa aparece nos 306 Prontuários Ativos
Agressividade	**114**	**112**
Uso de substâncias psicoativas	**66**	**34**
Queixas Escolares (problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem, evasão, repetência)	**62**	**67**
Nervosismo	**33**	**33**
Transtorno de Déficit de Atenção de Hiperatividade (TDAH)	**29**	**21**
Ansiedade	**21**	**23**
Vítima de Violência	**19** **17** Abuso sexual **2** Maus tratos	**6**
Tentativa de suicídio ou Ideação suicida	**17** tentativas de suicídio **6** Ideações suicidas	**20** tentativas de suicídio **11** Ideações suicidas
Delírios e Alucinações	**21**	**7**
Sintomas depressivos/Depressão	**17**	**7**
Desatenção	**16**	**11**
Hiperatividade/Agitação/Impulsividade	**10**	**11**
Queixas relacionadas à sexualidade	**16**	**7**
Ato infracional	**13** Roubos/furtos	**27** Roubos/furtos **2** homicídios **2** tentativas de agressão sexual

Ao relacionarmos a origem do encaminhamento com a queixa apresentada, observamos nos prontuários inativos uma ordem sequencial bastante imbricada. Similarmente tanto as UBS's, quanto a Educação e o CISAM encaminharam com maior frequência as

queixas nomeadas de agressividade e as queixas escolares[87]. No caso específico do Conselho Tutelar acrescentar-se-ia às já citadas, a queixa de uso/envolvimento com substâncias psicoativas.

Nos prontuários ativos os encaminhamentos oriundos das UBS's, que são as instituições que mais encaminham, reiteram que as queixas mais frequentes circulam praticamente igualadas entre a agressividade e a queixa escolar – ambas aparecendo em cerca de 39% dos prontuários. A queixa de agressividade aparece atrelada a outras e tem justificado também o encaminhamento de crianças e adolescentes ao CAPSi via Poder Judiciário.

Essas constatações nos fazem questionar a posição ocupada nos prontuários por essas duas queixas. Primeiramente nos faz pensar que agressividade seria essa e como ela seria interpretada/acolhida pelos profissionais que compõem a rede de atenção à criança e ao adolescente no município. Posteriormente e tão importante quanto é nos debruçarmos sobre a discussão acerca da queixa escolar e o fato de ela chegar ao CAPSi por intermédio de diferentes instituições.

Sobre a primeira entre as mais frequentes, a agressividade, nos lembra Souza (2002), geralmente quando patologizadas estas queixas – agressividade, nervosismo ou dificuldade de socialização – não levam em conta o contexto onde ocorrem tais manifestações, nem a dinâmica das relações responsáveis pelo desencadear desses comportamentos considerados inadequados. Jardim e Dimenstein (2007) observaram, inclusive, que essa leitura decorre e reforça a remota parceria psiquiatria-justiça que ao associar loucura à agressividade, responsabiliza quase sempre a criança e sua personalidade pelo provável desajuste manifesto. E, para retornar ao eixo normal reivindicar-se-ia para aquele sujeito, um tratamento clínico especializado.

A escuta superficial das queixas pode favorecer que essa dita agressividade apareça na maioria dos encaminhamentos de forma descontextualizada, como se tratasse de uma reação natural e um forte indicativo, para aquele que a encaminha ao CAPSi, da existência de um transtorno mental mais grave, desconsiderando as circunstâncias que engendram sua manifestação. Tais circunstâncias para serem desveladas, têm exigido uma escuta qualificada e menos apressada do sofrimento apresentado por usuários e familiares que encontram no CAPSi a acolhida que poderiam/deveriam ter encontrado nos espaços percorridos no fluxo dos (des)caminhos que antecedem sua chegada.

---

[87] Por queixa escolar entende-se os problemas envoltos ao processo ensino-aprendizagem e/ou comportamentos infantojuvenis que se manifestam no contexto escolar e acabam se tornando motivos para encaminhamentos nesse caso, para os serviços e profissionais da saúde e saúde mental.

No caso da queixa escolar essa apareceu nos prontuários, como dissemos, como a segunda em termos frequenciais de motivo para encaminhamento ao CAPSi. Sabemos que a queixa escolar é de longa data motivo de encaminhamento de crianças para avaliação e tratamento psicológico nos serviços de saúde (BOARINI, 1993; BOARINI; BORGES, 1998; SOUZA, 2000). Também não há novidades que seu desdobramento quase sempre remonte a culpabilizar o indivíduo, responsabilizando-o pelo fracasso vivido no contexto escolar. A própria psicologia tem sido apontada como o saber/fazer que mais cooperou com essa leitura e muitos são os estudos que problematizam o quanto os conhecimentos e técnicas psicológicas, em especial a psicometria, foram sendo apropriados ao longo do tempo para explicar a chamada queixa escolar e o fracasso imbricado (PATTO, 1984, 1990, 1996).

Souza (2000), em sua pesquisa, preocupou-se com essa problemática e confirmou que em média 2/3 dos encaminhamentos para atendimento clínico-psicológico nas chamadas clínicas-escolas eram por queixa escolar. Em relação aos encaminhamentos gerais para os psicólogos lotados em UBS's verificou que mais da metade destes eram por queixa escolar e que 1/3 das crianças encaminhadas tinha entre 6-7 anos, sendo que 61% cursavam a 1ª série, indicando, segundo a autora, um teor deveras preocupante nestes encaminhamentos: eram precoces e desresponsabilizados.

No caso específico de Maringá-PR, Moura (2014), ao olhar para a história da saúde mental do município apontou, após a caracterização da demanda atendida pelo serviço de psicologia nos Núcleos Integrados de Saúde (NIS) no ano de 1989, que dos 779 pacientes atendidos, 281 (36%) estavam na faixa etária de 7 a 11 anos e destes, 101 casos (13%) tinham sido encaminhados por conta dos chamados 'Distúrbios de Escolaridade'. Acrescenta a autora que após o atendimento, a queixa era curiosamente alterada: dos 101 casos atendidos, apenas 14 deles (1,8%) continuavam sendo entendidos como "Distúrbios de Escolaridade" enquanto os demais passavam a ser reconhecidos como 'Distúrbios Afetivos Emocionais'. Dito de outra forma: a queixa oriunda do contexto escolar depois do atendimento psicológico era explicada como decorrente de um distúrbio individual afetivo-emocional. No encerrar do século XX, corroborando dessa mesma constatação, Boarini e Borges (1998) verificaram que a queixa escolar – 'problemas de aprendizagem' ou 'problemas escolares' – mantinham-se como principal motivo de encaminhamento de crianças e adolescentes para os serviços de saúde mental na rede pública.

É preciso, pois, nos perguntar: a queixa escolar seria uma demanda para CAPSi?

O levantamento nos prontuários apontou que a conduta de encaminhar as queixas escolares não se restringe ao fluxo escola-UBS's, escolas-CAPSi, nem UBS's-CAPSi. Agora

se configura prática usual também do Conselho Tutelar. Como discutimos anteriormente a despeito da postura prescritiva de tal órgão, quando questionamos quais queixas subsidiam seus encaminhamentos ao CAPSi, vimos que a escolar só fica atrás da queixa de agressividade.

À medida que evidenciamos que a chamada queixa escolar chega ao CAPSi não endereçada somente pelas escolas, essa constatação merece uma reflexão ainda mais incisiva se a essa queixa somarmos os casos de diagnóstico de TDAH e/ou mesmo aqueles que sem diagnóstico apresentam sintomas que lhes são considerados correlatos (como as queixas de desatenção, hiperatividade e impulsividade) que pressupomos, vão sendo significados no encontro desse sujeito-criança-adolescente com a educação escolar. Uma leitura mais cuidadosa dos prontuários revelou ainda outros casos que, num primeiro momento, pareciam remeter a questões de outras ordens, entretanto, queixas como 'agitação', 'nervosismo', 'intolerância à frustração', 'desajustamento' vinculavam-se, de uma ou outra forma, às dificuldades vivenciadas por crianças e adolescentes no contexto escolar, a despeito de tantas outras problemáticas que ali e a partir dali poderiam ser identificadas e/ou até previnidas[88].

O TDAH na atualidade tem sido a queixa que, direta ou indiretamente originária no contexto escolar, tem com maior frequência sido encaminhada aos serviços de saúde e saúde mental. O TDAH estaria no rol dos 'Transtornos Funcionais Específicos' e seria caracterizado por sintomas como a desatenção, hiperatividade e impulsividade, resultantes de uma disfunção neurológica. Não obstante, quando o assunto é TDAH não há consenso por parte dos pesquisadores quanto a essa etiologia (BONADIO, 2014) e o debate atual parece transitar entre dois grupos claramente opositores. Enquanto um grupo hegemônico enfatizaria que os problemas de atenção/concentração se justificariam por questões de ordem orgânica, o outro grupo contestaria a supremacia do caráter organicista do transtorno e a hipervalorização da terapêutica medicamentosa. Há nesse último grupo autores como Collares e Moysés (1992, 1996, 2010) que se filiam a um posicionamento mais contundente e questionam claramente a existência do TDAH, afirmando que não há sequer critérios científicos que sustentem seu diagnóstico.

---

88 Nessa perspectiva uma questão que nos preocupa é quando a escola, considerada lugar privilegiado de detecção de casos suspeitos de abusos/violências, por exemplo, registra apenas um encaminhamento desse tipo ao CAPSi. No levantamento dos prontuários ativos constatamos também que, em se tratando de direitos violados, o Conselho Tutelar intermediou o encaminhamento ao CAPSi de apenas dois (2) casos de vítimas de violência e dois (2) de tentativas de suicídio.

O diagnóstico seria eminentemente clínico e quase sempre baseado em escalas de avaliação, com pontuação para os sintomas, a exemplo do questionário SNAP-IV que foi construído a partir dos sintomas descritos no antigo DSM-IV. Além disso, para o diagnóstico outros critérios seriam necessários, como a constatação de que alguns dos sintomas apareceram antes dos sete (7) anos de idade, que estes causariam prejuízos em pelo menos dois contextos sociais diferentes, com danos evidentes para a vida escolar, social ou familiar, e por fim, que não existiria outro problema cujos sintomas pudessem ser-lhes atribuídos exclusivamente.

Todavia, retornando a Eidt (2004) e Bonadio (2014), verificamos que a avaliação diagnóstica quase sempre exclui uma análise mais aprofundada da escola e do universo relacional da criança. Em ambas as pesquisas observou-se que diagnósticos são fechados muitas vezes em apenas uma sessão. Na avaliação individual, o neurologista ou médico correspondente ouve a versão da escola, que comumente lhe envia um relatório, escuta a versão dos pais, em alguns casos, solicita o exame eletroencefalograma que nada teria a dizer sobre um problema do cérebro que intitulam ser funcional. Em posse dessas informações, quase sempre o médico conclui a avaliação e dá seu aval, desconsiderando as questões de ordem pedagógica ou de qualquer outra ordem que possa estar produzindo ou influenciando os problemas de comportamento conferidos à criança.

O TDAH e/ou seus sintomas considerados correlatos (como as queixas de desatenção, hiperatividade e impulsividade) e seus destaques no entremeio de nosso levantamento nos prontuários corroboram o que outras pesquisas já patentearam acerca do processo de biologização e medicalização dos comportamentos infantis, e que tem levado à procura, nos serviços de saúde, tratamentos e alívios contundentes. A busca pelo diagnóstico do TDAH ou do seu respaldo, agora contando com o aval dos profissionais do CAPSi, como apontou Beltrame (2010), parece relacionar-se com o crédito dado ao tratamento medicamentoso, autorizando a partir do seu diagnóstico, a prescrição descomedida de psicotrópicos principalmente àquelas crianças que se encontram em idade escolar. Se antes as UBS's eram chamadas a responder e resolver questões dessa ordem, agora o CAPSi é convidado a repetir a mesma lógica ambulatorial como constatou Beltrame (2010). Outrossim, como já refletiu Boarini (1993), tal qual as UBS's o CAPSi a nosso ver estaria incorrendo no risco de tornar-se uma extensão da escola pública se (re)produzir como resposta para essa demanda um trabalho médico-centrado, especializado e individualizado.

Por outro lado, estas queixas chegando com tamanha constância ao CAPSi por si denunciam uma visão de homem e de mundo preponderante. Nos dizem do entendimento de

que os problemas vivenciados no contexto escolar são de responsabilidade do aluno-criança-adolescente e decorrem de possíveis transtornos cuja motivação seria individual, orgânica e ou psicopatológica. Essa interpretação isentaria a escola de qualquer implicação no processo de produção dessas queixas, da problematização das relações instituídas e dos preconceitos que permeiam a relação da escola com a clientela oriunda das classes populares, bem como da ineficácia de alguns métodos educativos.

Com essa reflexão queremos defender que é indispensável a articulação com a política de educação, integrando as ações do CAPSi com as das escolas. Caso não haja essa integração, assistiremos mais uma vez a queixa escolar sendo tratada como da ordem exclusiva da 'saúde mental'. Por outro lado, se o trabalho do CAPSi agencia que toda demanda seja acolhida, ouvida e respondida, a pergunta que se interpõe é: caberia a ele atender indiscriminadamente os encaminhamentos da escola?

Acolher e atender não são ações equivalentes. O acolhimento universal de que a política nacional nos fala não equivale colocar em tratamento todos os que procuram ou são referenciados ao serviço. Acolher significa promover condições de acesso que viabilizem uma análise mais abrangente da situação de cada usuário. Quando se sublinha a questão do acolhimento universal, uma das possibilidades que se inscreve é justamente a da desconstrução da demanda, caso ela não seja para o CAPSi. Como assinala Elia (2005), o CAPS ou serviço correspondente ao qual a demanda é dirigida precisa desenvolver ações conjuntas também com a escola, pôr em análise essa demanda, a fim de problematizá-la e talvez desconstruí-la, buscando construir conjuntamente práticas que envolvam outros setores da sociedade. Desconstruir a queixa não se resume a devolver o encaminhamento mas a conversar, a problematizar no plano do coletivo aquilo que interpretam como sofrimento psíquico. Esse é um desafio que está claramente posto e pede enfrentamento.

Desenvolver ações conjuntas implica colocar em prática o que propõe o princípio da intersetorialidade. Implica no esforço articulado entre os diferentes setores e seus diferentes atores, com vistas a construir uma assistência em saúde mental alicerçada numa concepção de saúde e de sujeito integral, cujas necessidades são entrelaçadas e articuladas no complexo processo de produção da vida. E, se articuladas no complexo processo de produção da vida é preciso que se reconheçam, a partir de cada caso, caminhos e a sinuosidade dessa produção.

Acompanhamos a dificuldade do CAPSi em estabelecer essa interlocução, um diálogo horizontalizado com as escolas, e o quanto um movimento que ambicionava ampliar o escopo do trabalho se desdobrava em alguns momentos em atitudes de cobranças e acusações. Em uma das nossas estadas no CAPSi, presenciamos sua coordenadora à época sendo inquirida

por uma coordenadora pedagógica a respeito de seis (6) alunos anteriormente por ela encaminhados. Solicitava ao CAPSi que lhe apresentasse resultados da avaliação e do atendimento que deveria, segundo a mesma, estar em curso. O teor da conversa nos contava da dificuldade em trabalhar intersetorialmente com a política de educação e de até mesmo delimitar/não delimitar um público específico para ser atendido no CAPSi, já que a seletividade dos casos era encarada como descaso, chegando alguns profissionais a verbalizarem que não sabiam então a que veio o CAPSi.

O levantamento das queixas também nos mostrou que, em detrimento do seu mandato – prestar assistência a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente (psicóticos, autistas, neuróticos graves, entre outros), que requerem cuidados por estarem impossibilitados ou afetados de alguma forma em sua condição de manter ou estabelecer laços sociais e projetos de vida - os prontuários inativos apontaram apenas cinco (5) casos e nos prontuários ativos, dois (2) casos de esquizofrenia, que foram encaminhados para atendimento nesse serviço que deveria ser referência para tal. Já os prontuários ativos revelaram apenas um (1) encaminhamento referente a um caso de autismo.

Sobre o autismo, como já aludimos, a Associação Maringaense dos Autistas (AMA) acaba se incumbindo do atendimento àquelas pessoas que possuem esse diagnóstico. Além disso, oferece para alguns casos atendimento em regime integral o que por sua vez acaba por impedir que os mesmos sejam acolhidos em outros serviços da rede de saúde mental do município.

Queixas como delírios e alucinações se fizeram mais presentes nos prontuários inativos, perpassando vinte e um (21) prontuários. Rememorando a leitura desses documentos, um em especial nos chamou a atenção por tratar-se possivelmente de um caso grave de sofrimento psíquico. Tratava-se de uma criança cujo responsável procurou por atendimento psicológico na UBS de referência do seu território, alegando que a mesma vinha apresentando dificuldades para dormir e queixando-se de estar ‘vendo coisas’. O psicólogo prontamente encaminhou-os ao CAPSi. Após a criança passar por avaliação da equipe do CAPSi, e outro profissional despender-lhes uma escuta menos apressada, verificou-se que os episódios que levantaram a hipótese de uma possível sintomatologia patológica não passavam, na verdade, de uma reação/medo infantil dada exposição a filmes de terror, assistidos pela criança e incitados por um primo.

O caso mencionado, a nosso ver, exemplifica além da dificuldade de escuta e da responsabilização, o quanto a possibilidade da vivência/experiência de um sofrimento

psíquico aparentemente mais grave, leva alguns profissionais da Atenção Básica a suporem que apenas o CAPSi estaria autorizado a acolhê-lo.

Victal Bastos e Romanholi (2010) nos ajudam a pensar, como já dissemos, que é desafiante o processo de levar a Reforma Psiquiátrica para o território, através da implementação das ações de saúde mental na Atenção Básica. Esse processo exige que reconheçamos que com frequência a Atenção Básica não conhece os casos mais graves de sofrimento psíquico existentes em sua área de abrangência e que os CAPS por sua vez, pouco sabem do cotidiano do território dos seus usuários. Assim, referem os autores, para avançar na proposta da desinstitucionalização, é preciso que as unidades de saúde se transformem em "lugares de acolhimento, mobilização e transformação da relação da comunidade com esses usuários, e ao mesmo tempo, em local de referência para eles e para sua família, quando da necessidade de cuidados [...]" (VICTAL BASTOS; ROMANHOLI, 2010, p. 195).

Alguns estudos apontam que as Unidades de Saúde, infelizmente, nem sempre se fazem acolhedoras e a centralidade na doença e nas práticas curativas insistem em se perpetuar. Entre outras justificativas para esta questão a falta de capacitação técnica para lidar com o sofrimento psíquico é bastante apontada. Como expressão da manutenção das dificuldades de se lidar com questões de saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica, Tanaka e Ribeiro (2009) expuseram que, ao estudarem a atenção prestada a 411 crianças de cinco a onze anos em uma UBS na cidade de São Paulo concluíram, por exemplo, que os pediatras pouco reconhecem os problemas de saúde mental em crianças e ancoram suas ações nos aspectos biológicos das demandas. Segundo tais autores essa incapacidade se explica por fatores como formação deficitária e certa impossibilidade de atuar concretamente sobre a queixa ou hipótese diagnóstica. A orientação que dessa afirmação decorre, apontam Tanaka e Ribeiro (2009), é a de que a reorganização do trabalho na Atenção Básica passa pela necessidade da oferta de um apoio técnico específico em saúde mental que viabilize a incorporação de tecnologias no trabalho em saúde que sejam mais apropriadas, como o acolhimento e a escuta qualificada.

A capacitação da equipe da Atenção Básica foi apontada do mesmo modo por Borges (2012) como condição para que essa se implique no processo da Reforma Psiquiátrica. A autora demonstrou em sua pesquisa ser possível a implementação das ações de saúde mental na Atenção Básica usando como ponto de ancoragem sua experiência no município de Itambé-PR. Sugere-nos que essa capacitação seja permanente e estendida não só aos trabalhadores da saúde, mas que sendo contínuas sejam tecidas coletivamente e envolvam também os gestores, os familiares e a sociedade civil.

Luzio (2003), que estudou como os municípios de pequeno e médio porte podem contribuir para o processo da Reforma Psiquiátrica, menciona que entre os maiores desafios do início do século XXI estava a necessidade de fazer o SUS avançar, entre outras coisas, fortalecendo a participação popular e o controle social, bem como promovendo a integralidade do cuidado nos diferentes dispositivos de saúde. Borges (2012), em sequência, destaca também que para se viabilizar as ações de saúde mental na Atenção Básica se requer a materialização cotidiana dos princípios do SUS. Destarte, o investimento na relação CAPS-Atenção Básica, como coloca Sinibaldi (2013, p. 70) "se faz essencial para avançarmos nas propostas da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no Brasil" e para que o ideal da integralidade do cuidado possa se efetivar.

Outra questão que se faz preocupante são as queixas de tentativa e ou ideação suicida. O levantamento nos prontuários ativos revelou uma preocupante elevação dos encaminhamentos por essas queixas: foram onze (11) os casos levados ao CAPSi por queixa de ideação e vinte (20) por tentativa de suicídio. Já nos inativos a incidência também foi preocupante, sendo seis (6) de ideação suicida e dezessete (17) casos de tentativa. Esses registros apontam para a necessidade de se lançar um olhar mais atento sobre esse complexo tema da saúde mental.

O suicídio transformou-se em um problema de saúde pública motivando em 2005 a elaboração de um 'Plano Nacional de Prevenção do Suicídio' pelo Ministério da Saúde, que em 2006 resultou na elaboração de um 'Manual de Prevenção ao Suicídio' voltado inclusive à capacitação dos profissionais da saúde. O aumento de casos nos últimos anos tem sido considerado expressivo e abonado ao Brasil o posto de 8º lugar no mundo em números absolutos de suicídio[89].

Ao nos atermos às condutas decorrentes do contato com essa demanda, observamos que alguns usuários por vários motivos (mudança de cidade, inserção no mercado de trabalho, gravidez, entre outros) não prosseguiram com o tratamento ofertado pelo CAPSi. Em alguns destes casos de 'não adesão', a tentativa de comunicação com o usuário ou sua família foi feita via telefonema, indicando-nos que seria importante o deslocamento ao território conhecendo suas nuances, exigência de um cuidado corresponsável. Para alguns que permaneceram em avaliação houve a indicação de psicoterapia individual e/ou atendimento psiquiátrico, enquanto para outros foi feita contrarreferência para tratamento psicoterápico e

[89] No mundo o suicídio está entre a segunda causa de morte de jovens entre 15-29 anos. Segundo dados da OMS em 2012 foram 11.821 casos no Brasil. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioe saude/2014/09/1510903-brasil-e-o-8-pais-com-mais-suicidios-aponta-relatorio-da-oms.shtml>.

acompanhamento da equipe da Atenção Básica. Assim, anotamos que dada a aparente gravidade desses casos, seria importante o intercalar da atenção individual ao resgate de espaços de trocas coletivas orientados pela análise da multideterminação do fenômeno do suicídio.

Em contrapartida, um olhar mais geral para o universo das queixas que aparecem no levantamento dos prontuários ativos demonstra que queixas como 'higiene precária', problemas de comportamento/ajustamento descritas sob diversos codinomes – desde a 'desobediência', até 'teimosia', 'birras' e 'falta de limites' – justificam cada vez mais o dispêndio de atenção dos profissionais do CAPSi que se veem impelidos a acolher demandas superficiais de tal modo interpretadas como psicopatológicas por quem as encaminha. Evidencia-se também um aumento de casos de queixas que mencionam 'dificuldades de socialização' - isolamento, dificuldade de relacionamento interpessoal, timidez, como também daquelas que referem transtorno ou oscilação de humor.

Outrossim, entendemos que diante da superficialidade de algumas queixas, a imaturidade da rede abona que o CAPSi se mantenha na tarefa de ordenador da demanda em saúde mental infantojuvenil no território, ainda que a atual Política Nacional de Saúde Mental considere que esse mandato esteja ultrapassado. Ao CAPSi é premente a necessidade de contextualizar toda e qualquer queixa, conhecer as circunstâncias que as enredam por meio de uma escuta qualificada e menos apressada do sofrimento, desnaturalizando-o ao dar voz às várias versões envoltas no 'problema'.

O uso/envolvimento com substâncias psicoativas, por sua vez, esteve mais presente nos prontuários inativos, sem deixar, contudo, de se manter entre os três (3) principais motivos de encaminhamento para o CAPSi. Nos arquivos ativos, como observamos anteriormente, houve uma diminuição dos encaminhamentos oriundos da Justiça, mas elevou-se consideravelmente o número de encaminhamentos do CENSE para o CAPSi, ou seja, encaminhamento daqueles adolescentes que receberam a imputação de uma medida socioeducativa de privação de liberdade – institucionalizados através da internação no CENSE.

A institucionalização se mantém como resposta sobressalente da Justiça quando se trata dos adolescentes autores de ato infracional. O 'Levantamento Anual dos/as Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa', referente aos anos de 2008-2012 (BRASIL, 2013b), evidencia que a privação de liberdade mantém-se como a medida mais aplicada a esse público a despeito do caráter de excepcionalidade previsto pelo ECA (BRASIL, 1990). O

levantamento também revela que apesar dos esforços políticos da área[90], houve uma pequena variação das taxas de restrição e privação de liberdade entre 2008 e 2012. Entre 2010 a 2011 essas taxas aumentaram em 10,6%, enquanto nos anos de 2011 para 2012, o aumento foi de 4,7%, ocorrendo um decréscimo da taxa de internação dos anos anteriores que avançava a passos largos (BRASIL, 2013b).

No estado do Paraná os dados do Sistema Socioeducativo confirmam nas estatísticas que o teor das medidas de internação apresenta pouca variação. No ano de 2010 registrou-se a ocorrência do maior número – 5.285 internações –, apresentando um decréscimo sucessivo nos dois anos seguintes, 4.750 em 2011 e 4.660 em 2012. Em 2013 essas taxas voltaram a crescer, chegando à casa de 4.828. A predominância evidente é a do público masculino, da faixa etária de 16-17 anos, tendo entre os atos infracionais mais cometidos os roubos, seguido do tráfico de drogas[91].

No cenário nacional a maioria – 75% – dos atos infracionais cometidos por adolescentes seria de 'crimes contra o patrimônio', sendo que o furto responde por 50% desses. Em apenas 8% dos casos o ato seria contra a vida, a despeito da alardeada cultura da periculosidade (REDUÇÃO..., 2012). Como afirma Volpi (2006), até mesmo os atos infracionais que envolvem violência contra a pessoa são motivados pela busca de obtenção de bens. Entre os fatores reconhecidamente estruturantes dessa realidade estaria a má distribuição de renda, fator apontado na literatura como favorecedor da eclosão de mazelas sociais perpetuado ao longo da história da sociedade brasileira. Abramovay (2002) ratificou em seu trabalho que a violência entre os jovens latino-americanos possui uma íntima relação com as desigualdades sociais e o não acesso à riqueza e à cidadania. Em outras palavras, a exclusão social produz grande parte da massa considerada desviante e que nossa sociedade insiste em encarcerar/institucionalizar.

Na atualidade a exclusão social tem incidido sobre os modos de subjetivação porque as formas de ser/estar nessa sociedade estão sob o jugo do consumo. Como pontuaram Castro e Guareschi (2007), o envolvimento com o ato infracional favorece a inscrição no mundo do consumo e estando esse adolescente imbricado num contexto de privações relacionais e

---

90 Em 2006, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) aprovou e publicou a resolução nº 119, que estabeleceu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Esse sistema vem se aperfeiçoando e tornando-se referência para a organização em todo território nacional de uma política pública de socioeducação (BRASIL, 2013c).

91 O Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo–PR encontra-se disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/politica_socioeducativa/plano_estadual/plano_estadual_de_atendimento_socioeducativo_pr_minuta.pdf>.

materiais, acrescido de violências de todas as ordens, poderia a partir desse ato incluir-se, tendo sua subjetividade forjada a partir e na vivência da exclusão.

O levantamento dos prontuários ativos no CAPSi revelou que nos encaminhamentos realizados pelo CENSE a queixa de uso/envolvimento com substâncias psicoativas concerne à maioria, ou seja, 84% dos casos encaminhados ao CAPSi pelo CENSE dizem respeito aos problemas com uso/envolvimento com substâncias psicoativas. Já no caso do Conselho Tutelar, esse órgão do Sistema de Garantia de Direitos, encaminhou três (3) por uso/envolvimento com substâncias psicoativas de um total de trinta (30) casos encaminhados ao CAPSi.

Para além desses números a análise dos prontuários ativos nos informa como vai se desdobrando, em partes, a parceria Saúde Mental-Justiça: dos dezenove (19) encaminhamentos do CENSE, treze (13) passam apenas por atendimento ambulatorial – consulta psiquiátrica e aquisição de medicamentos. Essa constatação nos remete a considerar que, de um lado essa prática favorece a manutenção da lógica ambulatorial tão característica do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico, como constataram Yasui e Costa-Rosa (2008), ainda comum em muitos CAPS, e de outro lado, agrava aquilo que vem sendo denominado de 'psiquiatrização do ato infracional'.

A 'psiquiatrização do ato infracional' se desvela em nossa pesquisa por meio do aumento significativo do encaminhamento de casos de roubos e furtos, entrelaçados com o uso de substâncias psicoativas, para atendimento no CAPSi, como podemos verificar no levantamento dos prontuários ativos. Esse processo, denominado de 'psiquiatrização', é assim concebido dada a "predominância dos saberes *psi* na gestão das problematizações e dos conflitos que setores da juventude vêm colocando ao campo social" (VICENTIN; GRAMKOW; 2010, p. 339) e toma corpo por meio do crescente uso de temas e termos da saúde mental no campo do ato infracional, do aumento das internações psiquiátricas por ordem judicial, do uso abusivo de psicotrópicos como forma de controle químico dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas e da relação presumida entre os chamados transtornos mentais e a criminalidade (VICENTIN; GRAMKOW, 2010).

A 'psiquiatrização do ato infracional', o discurso da periculosidade atrelado ao da defesa social, entre outras coisas, "impede a leitura dos processos de vulnerabilidade social, despoja o sujeito da possibilidade de construção de laço social e configura uma forma "reciclada" de sustentar a segregação dos mesmos" (VICENTIN; GAMKOW, MATSUMOTO, 2010, p. 271). Logo, muitos são os desafios gestados e que tornam o ato infracional demanda corrente para os serviços de saúde mental, diligenciando que uma ação

de cuidado pode, sob o mote da proteção, escamotear mecanismos pujantes de opressão de crianças e adolescentes que compõem comumente o mesmo estrato social.

Da presumida relação existente entre os chamados transtornos mentais e a criminalidade infantojuvenil decorre o processo de judicialização da assistência em saúde mental, que por sua vez é favorecida pela compreensão, por exemplo, de que qualquer uso de substâncias psicoativas é sinônimo de patologia, que a internação é a medida mais indicada e que ela pode ser feita à revelia do desejo do sujeito, como observam Vicentin e Gramkow (2010). Assim, é tênue a relação que vai se desenhando e sua sutileza é revelada quando "a terapêutica tende a se confundir com a pena ou quando tratamento e castigo assumem a mesma forma, principalmente nos casos de imposição de tratamento por uso de drogas" (VICENTIN; GAMKOW, MATSUMOTO, 2010, p. 270).

Algumas falas dos profissionais do CAPSi nos GD nos contam acerca dessa associação e da exigência legal de que um tratamento clínico seja no CAPSi dispensado aos adolescentes autores de ato infracional, como se segue

> *Aqui no CAPSi, a questão do CENSE, as medidas socioeducativas são um exemplo. Às vezes o paciente vem pra cá para cumprir a medida, mas eles não estão entendendo que é tratamento ou proteção. Eles entendem que é punição. Hoje está sendo discutido um plano municipal para reordenar essas políticas, mas não acredito que vai ser diferente. O paciente vê como punição, mas até quem encaminha não vê como tratamento e sim como punição.*

Desta feita, a judicialização da assistência se expressa na imposição, por parte da autoridade judicial, aos adolescentes autores de ato infracional de tratamento clínico, especialmente psicológico e psiquiátrico em clínicas, comunidades terapêuticas e como vimos, agora também no CAPSi. Nesse caso o judiciário muitas vezes conjuga a imputação de uma medida socioeducativa e uma outra nomeada protetiva, que seria a de requisitar para o adolescente infrator um tratamento de saúde. Ao imputar judicialmente a obrigatoriedade do tratamento psicológico e/ou psiquiátrico, esse sujeito chega ao serviço de saúde munido de toda sorte de resistências, fadando ao fracasso uma medida que se propõe terapêutica, pois "o adolescente, para cumprir a sanção pela sua transgressão, fica sujeito a tratamento imposto como dever e não como um direito à saúde". (VICENTIN; GAMKOW, MATSUMOTO, 2010, p. 269).

Os profissionais do CAPSi relatam dificuldades ao terem que trabalhar com tais casos, pois "*eles dizem eu tô vindo aqui porque fui obrigado"*. Essa imposição judicial faz com que a pessoa encaminhada sinta-se "[...] *obrigada a cumprir vindo aqui, alguns casos prestar o serviço e fazer o tratamento. Muitos são obrigados, têm que ter o relatório deles e a promotoria manda fazer tratamento no CAPSi*".

Com isso registramos nossa preocupação ante a constatação de que as medidas que respondem formalmente pela insígnia da proteção nem sempre protegem, que as socioeducativas nem sempre educam, e mais, que o discurso e a prática da proteção inversamente produzem uma série de práticas normalizadoras que disfarçam em muitos momentos a tutela e culminam em outras tantas e sutis formas de punição e exclusão.

A pesquisa demonstrou além disso que, embora o fluxograma publicizado pelo poder público municipal e cuja configuração está exposta na subseção 4.3.1, aponte a existência de diálogo entre CAPSi e Hospital Psiquiátrico, esse diálogo parece não fluir na direção prevista. Não encontramos no levantamento dos prontuários ativos, usuários encaminhados pelo Hospital Psiquiátrico ao CAPSi, sendo que em apenas um prontuário se mencionava que o usuário após alta do Hospital Psiquiátrico fora encaminhado ao CISAM e este ambulatório é que o encaminhara posteriormente ao CAPSI. Por outro lado, a pesquisa de campo também demonstrou que, ainda que o Hospital Psiquiátrico informe/notifique à UBS de referência os casos de alta hospitalar, o Hospital Psiquiátrico não reconhece o CAPSi como um serviço com o qual tenha que fazer interlocução[92]. É preciso lembrar que o Hospital Psiquiátrico mantém-se como referência para internações psiquiátricas de longa duração para adolescentes do sexo masculino não só para o município de Maringá, mas para toda a região. Recentemente, passou a receber pacientes de outras regionais, pois dada a mudança ocorrida na regulação de leitos no estado, o Hospital Psiquiátrico foi autorizado a receber também internos oriundos de todo o Paraná[93]. Tal conjuntura dificultaria referenciar os casos de adolescentes de outras regionais para serem acompanhados e cuidados pelo CAPSi da cidade de Maringá-PR.

Nos arquivos ativos consta que dez (10) casos foram encaminhados ao CAPSi via Emergência Psiquiátrica. A despeito desses casos, a inserção no campo confirmou que não é rotineira a interlocução Emergência Psiquiátrica-CAPSi. Este último pouco toma conhecimento direto dos casos de adolescentes que adentram a Emergência e, que quando é o CAPSi que encaminha, a Emergência não lhes dá nenhuma devolutiva sobre o usuário. Salientamos que essa dificuldade de interlocução com a Emergência Psiquiátrica é comum a outros serviços como constatou Burali (2014) que ao se debruçar sobre o trabalho e o trabalhador do CAPS II do município de Maringá, verificou que existe uma maior

---

[92] Importante salientar que o Hospital Psiquiátrico de Maringá responde por essas vagas à Justiça.

[93] Esses dados constam no 13º Relatório do Conselho Local do Hospital Psiquiátrico de Maringá, encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde de Maringá em setembro de 2014.

proximidade daquele equipamento público com o Hospital Psiquiátrico, que com a rede substitutiva de saúde mental.

5.1.4 **Do destino/desfecho final dos casos encaminhados**

A leitura dos prontuários inativos nos permitiu conhecer qual destino tiveram os casos que chegaram ao CAPSi no período de novembro de 2011 a junho de 2014:

Tabela 5: Destino/desfecho final dos casos

Destino/desfecho final do caso após o encaminhamento ao CAPSi	Frequência com que aparece nos 533 Prontuários Inativos
Caso foi arquivado após faltas nas primeiras abordagens ou nos agendamentos subsequentes	**84**
Após não comparecer aos agendamentos fez-se contrarreferência ou matriciamento com a UBS	**64**
Após não comparecer aos atendimentos notificou-se o Conselho Tutelar	**55**
Mudou de cidade	**39**
Após equipe avaliar o caso, concluiu não ter perfil para o CAPSi	**37**
Caso encaminhado/contrarreferenciado para avaliação psicológica ou psicoterapia na UBS	**30**
Completou 18 anos	**8**
Após não comparecer aos agendamentos, foi notificada a Justiça	**5**
Faleceu	**2**

Esses registros acima mencionados nos contam algo importante sobre a história do CAPSi: o arquivamento dos casos encaminhados se deu por vários motivos, sendo a maioria devido às faltas consecutivas ocorridas desde o momento dos agendamentos para as primeiras abordagens até aquelas ocorridas após o tratamento estar em curso. Em média, 40% dos encaminhamentos sequer comparecem aos atendimentos agendados, levando-nos a questionar sobre os motivos que induziriam a tamanho absenteísmo.

Sob esse mote, entendemos que o absenteísmo precisa ser avaliado pelo serviço implicando-se nesse processo e levando em consideração as diferentes variáveis que podem justifica-lo. Além disso, mais que dizer da 'não adesão' ao serviço por parte do usuário, o absenteísmo pode nos contar sobre o modo como o cuidado vem sendo produzido e a forma como ele vem sendo socialmente significado.

A construção de significados sobre o modo como o cuidado é produzido foi problematizado por Franco e Merhy (2005). Estes autores destacam a ideia de que a busca do usuário pelo serviço de saúde se dá a partir da sua percepção do que é ofertado, sendo esta

uma das formas de construção da demanda. Essa análise, lembram os autores, nem sempre é objetiva e se baseia em um conjunto de representações que vão dando significado à assistência prestada.

Destarte, outra particularidade que se inscreve e que nos instiga a pensar a problemática do absenteísmo para além do aparente discurso da 'não adesão' é a regra posta por alguns serviços de saúde de que após três (3) faltas consecutivas deva ocorrer o desligamento do usuário. Para a lógica do ambulatório e das especialidades a falta nada mais é que uma falta. Sabemos que o vínculo necessário à efetividade dos cuidados em saúde mental não é naturalmente construído, demanda investimento, demanda pensar os vieses que vão se desenhando no encontro trabalhador-usuário e que nem sempre obedece a fluxos e determinações prévias, nem de regras e condutas. Do CAPSi espera-se que a falta/desistência conduza a equipe a resgatar a processualidade dos casos, repensar o vínculo que tem conseguido estabelecer, bem como impulsione o adentrar do território de vida e convívio do usuário buscando compreender seus matizes.

Por outro lado é importante considerar que esse absenteísmo pode se relacionar à questão do território que tem se constituído um obstáculo expressivo para que os cuidados do CAPSi não se efetivem a partir do que propõe a lógica Atenção Psicossocial. Em vários momentos tanto os usuários quanto a própria equipe referiram sobre a dificuldade de locomoção e acesso ao CAPSi que conforme também já sinalizamos, dada sua localização geográfica, restringe possibilidades de um trabalho de base comunitária e intersetorial mais amplo. A área de abrangência do CAPSi é muito ampla, dificulta o vínculo e considerando que Maringá tem atualmente quase 400.000 habitantes até comportaria dois (2) CAPSi's dispostos em regiões diferentes. Ademais, o CAPSi está localizado na zona sul, a despeito da maioria da população residir na zona norte da cidade, dependendo de transporte coletivo urbano para se locomoverem, sendo que o município não concede vale transporte aos usuários, ficando ao encargo do CAPSi sua viabilização, que busca muitas vezes estabelecer parceria com o CRAS do bairro de origem do usuário.

Dada essa realidade, observamos grande dificuldade em executar um trabalho territorializado, comunitário e articulado em rede, que medeie o acesso, não só ao CAPSi, mas aos mais diferentes equipamentos públicos e recursos sociais. Esse entrave por sua vez não é um problema específico da política de saúde no geral ou do CAPSi em particular, e tem levado outras políticas como a Assistência Social a considerarem que no município "existe há anos uma rede instalada de serviços que se organizou de formas diversas à lógica dos

territórios" e por isso faz-se mister que se reavalie a questão da territorialidade (...) (MARINGÁ, 2013, p. 62).

A possível existência de encaminhamentos feitos à revelia da necessidade e do desejo dos usuários e seus familiares, como sugeriram as análises que fizemos acerca das queixas mais recorrentes, reforça a emergência de investimento no estreitamento no diálogo da equipe com a rede intra e intersetorial e o manejo da corresponsabilização, como pontuamos em outros momentos. Nesse sentido, identifica-se o movimento que os profissionais do CAPSi têm feito no afã de discutir os casos na hora da contrarreferência às UBS's e/ou ainda, realizar o Apoio Matricial para os casos de saúde mental atendidos pelos profissionais da Atenção Básica, pois como testemunham os registros, a própria política de saúde é a que mais tem favorecido a lógica clássica do encaminhamento. Acrescenta-se aqui que a proposta da Atenção Psicossocial pressupõe que quando existe a corresponsabilização, essa substituiria a chamada 'contrarreferência', pois os vários atores dessa rede assumiriam responsabilidade pelo processo de cuidar.

Quando discutimos há pouco as queixas mais recorrentes e o teor daquelas encaminhadas pelas UBS's ao CAPSi ratificamos a importância da formação e capacitação das equipes. Outrossim, a superação das dificuldades em se lidar com as questões de saúde mental de crianças e adolescentes depende, entre outras coisas, do apoio que essas equipes precisam receber para que essas demandas sejam cada vez mais acolhidas na Atenção Básica. Esse que vem sendo denominado de Apoio Matricial pode dimanar tanto das equipes profissionais dos CAPS, quanto intrasetorialmente, sendo implementado pelos profissionais do NASF e das Equipes de Referência.

O Apoio Matricial e as Equipes de Referência são arranjos organizacionais e metodologias para a gestão do trabalho em saúde, que possibilitam a realização de um trabalho clínico que integre diferentes saberes, profissões e especialidades[94]. Assim, a articulação do CAPS-ESF se daria, sobretudo, através do matriciamento que consistiria "em ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica" (BRASIL, 2007, p. 65).

O matriciamento emerge como recurso que visa ampliar a oferta de ações de saúde mental, favorecendo a corresponsabilidade na elaboração e execução dos projetos

[94] Gastão Wagner de Souza Campos, entre os anos de 1990-1998, acompanhou a implantação de Equipes de Referência em 3 diferentes tipos de serviços de saúde: 3 unidades de atenção em saúde mental de Cândido Ferreira/Campinas/SP, 1 Hospital Geral da cidade de Betim/MG e um serviço de atendimento domiciliar em Aids/Campinas/SP. As críticas oriundas das equipes que vivenciaram essas experiências serviram para que o autor revisasse a metodologia por ele sugerida. No artigo publicado por Campos (1999) encontramos maiores detalhes dessa reflexão.

terapêuticos, sobrepujando a lógica corriqueira dos encaminhamentos desresponsabilizados. Parte-se do princípio que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral (CAMPOS; DOMITTI, 2007), evitando o privilégio excessivo de alguma matriz de conhecimento disciplinar. A potencialidade do Apoio Matricial foi apontada nos GD como proposta que tem viabilizado o estreitamento do diálogo com a rede e em especial com as equipes da Atenção Básica. Esses momentos que favorecem, segundo os profissionais do CAPSi a troca e o conhecimento das atribuições de cada serviço, precisam caminhar na direção da corresponsabilização pelos casos comumente atendidos. O Apoio Matricial precisa ser um exercício de gestão, produzindo o desejo de fazer saúde de outro modo. Logo, é preciso que se reconheça que o potencial do Apoio Matricial estaria justamente na sua capacidade de mudar a

> [...] direção do tratamento saindo de práticas centradas na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa para intervenções que valorizem a criação de sentidos para o sofrimento mental e que produzam ampliação das relações sociais do sujeito [...] (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014, p. 80).

Outra prática que se faz rotineira e encerra o acompanhamento de muitos casos encaminhados é a notificação formal feita ao Conselho Tutelar do abandono e ou do não comparecimento da criança ou do adolescente ao CAPSi. Essa notificação acontece porque o usuário ou familiar não compareceu às abordagens/atendimentos agendados e a equipe do CAPSi entendeu que se tratava de um caso que merece acompanhamento mais de perto desse órgão do Sistema de Garantia de Direitos. Também acontece porque os casos encaminhados pelo Conselho Tutelar dificilmente acatam a proposta de serem tratados naquele serviço e como o encaminhamento para atendimento chega revestido de um caráter prescritivo, os profissionais do CAPSi sentem a obrigação de justificar seu descumprimento.

Esse caráter prescritivo do Conselho Tutelar contribui e muito para o processo de judicialização da assistência à saúde mental infantojuvenil em detrimento da intervenção na ordem pública, da garantia do acesso, funcionamento e qualidade dos serviços que deveriam ser ofertados pelos diferentes equipamentos sociais às crianças e adolescentes indiscriminadamente, como anteriormente na discussão sobre a origem dos encaminhamentos procuramos problematizar.

Encerramos por hora a discussão sobre o destino/desfecho final dos casos encaminhados aos CAPSi, lembrando que os prontuários inativos demonstraram que muitas crianças e adolescentes não foram inseridas ou permaneceram em atendimento porque a equipe avaliou e concluiu que os mesmos não teriam ‘perfil para o CAPSi’. Essa conclusão, a

nosso ver, remete às concepções que entrecruzam as práticas de cuidado em saúde mental despendidas, como discutiremos com mais afinco no tópico a seguir.

5.2 CONCEPÇÕES QUE ENTRECRUZAM ALGUMAS PRÁTICAS DE CUIDADO VIGENTES

Avançando na nossa caminhada relembramos que no início desta seção dissemos que entre os fatores que darão contornos peculiares ao jeito de fazer saúde mental de um CAPS estariam a concepção de saúde mental abraçado pelos seus trabalhadores e o laço que estes estabelecem com o ideário da Reforma Psiquiátrica.

E, no interjogo singular-universal, lembramos que a orientação teórico-metodológica por nós adotada nos permite afirmar que por mais que as concepções que discutiremos a seguir possam soar como marcas particulares de um grupo de profissionais e ou de uma rede de serviços e instituições específicas, elas significam para nós sínteses das relações humanas, ecos do que ocorre socioculturalmente e em tantos outros CAPS.

Reconhecemos que transitamos por um campo em movimento, cujas concepções expressas em discursos e práticas se formam, se conformam e se transformam na materialidade da vida e dos encontros que a compõem. Retornando à Adélia Prado, acreditamos que essas concepções *'tem a raiz em chão de casa velha'* e são marcas do processo histórico, social e cultural que sustenta e ao mesmo tempo alimenta a Reforma Psiquiátrica brasileira. E, ao nos lançarmos na busca por concepções que entrecruzam as práticas de cuidado vigentes, antes de representar uma inclinação às verdades absolutas, esperamos que represente o movimento na direção da construção de outras concepções que contribuam para fazer a Reforma Psiquiátrica avançar.

Que para isso, como poetizou Adélia, não nos falte coragem.

5.2.1 **Circulando pelo campo das concepções: a Infância, a Adolescência e a Saúde Mental**

O que seria infância? O que seria adolescência?

A partir dessas indagações nesse trabalho fomos impulsionados a pensar essas categorias não como se elas existissem independentes das relações que os homens estabelecem, mas de como são esses mesmos homens que dotam de sentido tudo que os rodeia. Smolka (2004) é quem nos ajuda a refletir sobre como os sentidos se produzem no

curso da vida, nas experiências pregressas compostas por outros tantos sentidos já materializados no interjogo das relações humanas. Acreditamos que essas relações, marcadas por contradições e conflitos, produziram concepções que determinaram, por exemplo, o público privilegiado de intervenção dos serviços de saúde mental, bem como estabeleceram parâmetros para dizer dos motivos que os conduziram até o CAPSi, como refletimos na subseção anterior.

Ao dar voz aos profissionais do CAPSi encontramos uma infância concebida como um tempo da vida bastante idealizado, uma fase sem preocupações, um tempo comprometido apenas com o brincar. Na perspectiva de alguns profissionais, seria essa infância quem determinaria, na sequência, o que a adolescência poderia ser, logo, entendemos que o adolescente não seria mais que um prisioneiro do seu passado. Enquanto criança, o sujeito estaria em formação, viveria imerso às descobertas e seria *"um material mole, moldável..."* passível naturalmente de modificação. Para modificar-se necessitaria de alguém que lhe ensinasse. Por outro lado, estar em desenvolvimento os colocaria em condição de aprendizagem e ao mesmo tempo de vulnerabilidade.

Esse modo de conceber a infância e a adolescência revela o quanto nossos discursos são influenciados pelas teorias psicológicas desenvolvimentistas que vão dotando de sentidos essas categorias e acabam escamoteando uma visão mais crítica sobre o contexto social no qual estamos inseridos. Este contexto acaba sendo por nós definido como mero espaço de cultivo, corruptível às vezes, do qual a criança e o adolescente precisam ser/estar protegidos. Ao falar dessa infância, sem contextualizá-la, acabamos por não problematizar as condições econômicas, sociais e culturais e contribuímos, por conseguinte, para ocultar estas referidas condições.

Esse tempo da infância, marcado pela capacidade de aprender, pelo dinamismo e volatilidade é comparado ao próprio tempo da infância dos profissionais do CAPSi que os consideram destoantes uma vez que como uma das falas expressas nos GD refere "*[...] nossa época as crianças demoravam de 5 a 7 dias para abrir os olhos, hoje tudo mudou, a criança é muito esperta, muito estímulo, os pais ficam boquiabertos com essa rapidez [...]*". E assim, ao notarem essa dissonância, contraditoriamente, falam de contextos diferentes do atual, desnaturalizando esse momento particular do desenvolvimento que é historicamente construído, e confirmando que não existe uma única infância, que nem todos vivenciam e ou respondem genericamente às questões postas pelas interações produzidas ao longo desse processo.

Interessa-nos destacar que ao questionarmos qual infância tem chegado ao CAPSi vimos ascender o entendimento de que seria, justamente, *"a infância que é sonegada... sem direito de ser criança"*. Seria a *"infância roubada, ou porque estão dando muito poder ou retirando, é abuso, muitas responsabilidades"*. Essa infância seria um tempo marcado por excessos ou por faltas, entendendo que *"se ela veio para o CAPSi, em algum momento faltou investimento amoroso"* ou porque teve *"[...] excesso de amor... dificuldade de separação"*.

Discutimos na subseção 3.1 a hegemonia da crença de que a criança e o adolescente são seres em desenvolvimento, que em outras palavras nos dizem que eles não estariam terminados, seriam seres incompletos, e tal qual uma planta, para se desenvolverem normalmente, o cultivo recebido seria determinante. Em especial, vimos que reconhecê-las deslocadas do contexto sócio-histórico no qual estão inseridos, contribuiu significativamente para que a loucura na infância fosse convergida a um estado passível de (re)orientação.

Talvez esta premissa explique a precocidade dos encaminhamentos discutidos nessa tese há pouco. Com base no levantamento nos prontuários disponíveis, vimos que em alguns casos, ao mínimo sinal disruptivo, algumas instituições, serviços e profissionais buscam ancoragem no CAPSi, esperando encontrar nos especialistas da sua equipe respostas, e na intervenção da saúde mental correção, sobretudo para os meninos e seus chamados problemas de comportamento/conduta. E, neste sentido, os especialistas da saúde mental estariam autorizados e teriam a capacidade para dar cabo da tarefa de (re)orientar o curso do desenvolvimento desviante, aparar arestas, corrigir defeitos, redimir sintomas e por fim, adaptá-los conforme as exigências do meio social.

Algumas falas evidenciam que alguns profissionais do CAPSi, por outro lado, têm entendido que esta é justamente sua tarefa: nortear, orientar, principalmente a família, sobre o curso normal desse desenvolvimento, assim afirmam que

> *[...] a infância é um tempo de construção, de irresponsabilidade, a criança 'nada sabe', o adulto que 'sabe' dela. Mas os profissionais esperam que os pais saibam delas e os pais esperam que os profissionais saibam. Um desafio para nós profissionais: fazerem os pais entenderem que a criança é responsabilidade deles.*

> *[...] os pais perderam o referencial do que é infância e adolescência, os pais não sabem e a gente tá aqui para lembrar, os pais só veem problemas, não sabem que aquilo é normal da adolescência, que é normal ser rebelde [...].*

Não possuindo os pais consciência de quem são, nem da função formativa que precisam exercer, a família paulatinamente se converte em demanda de intervenção para os profissionais da saúde mental. Como protótipos de criança, alguns profissionais acreditam que

"poucos pais têm clareza de questionar se os problemas estão na criança ou neles... Aqui nós cuidamos da criança que está dentro dos pais". E, para cuidar dessa criança que acreditam que os pais trazem dentro de si, alguns chegam a afirmar que seria necessário *"fazer um CAPS para os pais..."*.

A ideia de que os pais precisam de orientação e tratamento nos instiga refletir sobre como tem se dado o (des)encontro das famílias com os serviços de saúde mental infantojuvenis. A família está entre os recursos apontados como potencializadores do cuidado, recebendo esse destaque inclusive quando os profissionais foram questionados nos GD a respeito dos recursos que consideravam indispensáveis para a efetivação do trabalho no CAPSi.

Por ser considerada a instituição, a primeira responsável por conduzir e viabilizar o desenvolvimento físico, social, moral e emocional de nossas crianças e adolescentes, interessa-nos problematizar os laços entre o CAPSi-Família partindo do pressuposto de que essa família vem se confirmando no contemporâneo foco de intervenção dos profissionais tanto da saúde quanto das mais diferentes políticas sociais.

Nessa incursão é importante lembrar que o conceito de família é variável, depende de quem o define, e sobretudo, do contexto político, econômico e social no qual ela está inserida. Basta voltarmos nosso olhar para os estudos históricos sobre a família para corroborar essa nota. Tomando como alusão, por exemplo, os estudos de Engels (1884/1987), vemos que o autor afirmará que a referida instituição enquanto integrante da organização social se transformou à medida que essa mesma organização se alterou. Ao discorrer sobre essas transformações, Engels refere que em sua origem a família teria passado por estágios que iriam do selvagem à barbárie até a civilização. Esse último estágio corresponderia ao modelo de família baseado no casamento monogâmico tal qual conhecemos hoje e segue considerado inabalável.

Esclarece Engels (1884/1987), a palavra *famulus* significaria originalmente 'escravo doméstico' e família o 'conjunto de escravos pertencentes a um mesmo homem'. Com o tempo família passou a significar um grupo social cujo chefe manteria sob seu poder, com direito de vida e morte, a mulher, os filhos e seus escravos. A origem da monogamia estaria ligada à transmissão da herança do patrimônio e não ao amor sexual individual, pois os casamentos ocorriam por conveniência. Assim, a partir da dissolução da comunidade primitiva, afirma o autor, a família monogâmica daria suporte à manutenção da propriedade privada.

Hoje os tempos são outros e a supremacia do modelo da família monogâmica, nuclear e heterossexual, abre passagem para posicionamentos que bastante polemizados, produzem

embates e reivindicam um conceito mais amplo para definir o que seria uma 'família'[95]. Seria preferível falar em dinâmica, laço familiar e relações familiares ao invés de se buscar um modelo. Família, seria portanto, aquela cuja

> [...] relação marcada pela identificação estreita e duradoura entre determinadas pessoas que reconhecem entre elas certos direitos e obrigações mútuos. Essa identificação pode ter origem em fatos alheios à vontade da pessoa (laços biológicos, territoriais), em alianças conscientes e desejadas (casamento, compadrio, adoção) ou em atividades realizadas em comum (compartilhar o cuidado de uma criança ou de um ancião, por exemplo) (FONSECA, 2005, p. 54).

Trazer ainda que brevemente esses debates em torno das concepções de família, ratificando a multiplicidade de formas de empreendê-las, coloca-nos perante o desafio de compreender nuanças de uma prática que se faz cotidiana: ora a família é concebida como parte integrante do processo de cuidado, ora como a principal produtora das queixas que levam crianças e adolescentes aos serviços da rede de saúde mental.

Em que pese as aparentes dissonâncias das perspectivas acima apresentadas, a centralidade do trabalho, de qualquer forma, estaria na família. A família é, de algum modo, considerada o 'paciente'. E, em especial notamos que a psicologia vem sendo constantemente solicitada a intervir sobre a infância considerada desajustada e suas famílias ditas desestruturadas. Tal desestrutura abonaria a necessidade de orientação, direcionamento e propostas terapêuticas das mais variadas por parte dos chamados especialistas. E não só a psicologia e os psicólogos. A crença de que o (des)ajustamento das crianças depende da forma como sua família está organizada e se relaciona, tem convocado os mais diferentes especialistas a auxiliarem tanto na reversão de comportamentos infantis apontados como anormais, quanto na construção de um modelo de família mais adaptado ao que a sociedade insiste em idealizar.

Os discursos produzidos sobre essa família não são uniformizados e é claro, revelam contradições das relações que estabelecemos socioculturalmente. Assim, os profissionais do CAPSi ao mesmo tempo em que reconhecem que esses pais foram sendo destituídos, ao longo

---

[95] Esses embates chegam à esfera legislativa e acirram os ânimos de grupos opositores na Câmara dos Deputados. Recentemente a polêmica em torno do conceito de família provocou a realização, por parte dessa esfera do legislativo, de uma enquete cujo objetivo era avaliar se a população era favorável ou contrária ao conceito incluído no Projeto de Lei 6583/13 que cria o "Estatuto da Família" de autoria do deputado Anderson Ferreira (PR-PE). Em linhas gerais o projeto é contra as novas configurações familiares à medida que pleiteia que o poder público garanta condições mínimas para a sobrevivência da família monogâmica, nuclear e heterossexual. No referido projeto família seria apenas "o núcleo social formado a partir da união entre um homem e uma mulher, por meio de casamento ou união estável, ou ainda por comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes". Mais detalhes a respeito dessa discussão podem ser encontrados em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/DIREITOS-HUMANOS/461790-CAMARA-PROMOVE-ENQUETE-SOBRE-CONCEITO-DE-FAMILIA.html>.

do tempo e pelas diferentes instituições, da natural autoridade que deveriam exercer sobre a criança, revelam que em virtude das mudanças sócio-históricas que produziram os novos arranjos familiares e tornaram essa família paulatinamente incapaz, os profissionais do CAPSi poderiam intervir sobre ela pois *"[...] se ela é uma péssima família temos que nos responsabilizar"*.

Lembramos que a forma como concebemos a família, por vezes inapta para cuidar e educar os filhos, tem sua *raiz em chão de casa velha* e remonta no Brasil ao período colonial. Como descrevera Costa (1999), naquele momento a manobra de mostrá-la como obstáculo à saúde e à vida dos filhos, teria favorecido a produção de espaços para que a intervenção higienista avançasse, intentando em última instância tutelá-la para em seguida, doutriná-la conforme a visão burguesa que pedia passagem.

Nos tempos atuais, essa apropriação se alarga progressivamente, ratificando, como alerta Fonseca (2005), que para pensar a família como foco de intervenção dos profissionais da saúde, precisamos aprofundar a discussão: o que é uma família? Como ela pode servir (ou não) como recurso em programas de intervenção? Como tem se dado a comunicação entre técnicos/especialistas que atuam na atenção à saúde e a chamada população-alvo?

Tomando como ponto de partida esses questionamentos, traçamos brevemente o perfil da família dos usuários do CAPSi lançando mão do levantamento realizado nos prontuários ativos. Esses prontuários nos contam, por exemplo, que cerca de 33% dos usuários do CAPSi moram com ambos os pais e 8,5% moram com a mãe, padrasto e irmãos. Os documentos contam ainda que apenas 3,9% dos usuários moram só com a mãe, 1,6% com avó, 0,6% apenas com o pai. Outro dado observado nos prontuários em relação a este tema é o de que as chamadas famílias extensas, que comportam na mesma unidade doméstica além dos pais ou um dos pais e os irmãos, também os avós e os tios, englobam cerca de 12% dos usuários. Cerca de 19,3% dos documentos não trazem registros a esse respeito, enquanto no restante dos prontuários podemos observar outras configurações familiares (moram com tios, tios e primos, só os irmãos, entre outros).

Dada a complexidade desse tema, assinalamos que é preciso aprofundar a discussão sobre o perfil das famílias usuárias do CAPSi por nós estudado. Aprofundar para além das porcentagens apresentadas, pelo menos por dois motivos que nos parecem muito claros. Primeiro porque entendemos que a família não se resume àqueles que coabitam o mesmo lar, dividindo a mesma unidade doméstica e que precisamos considerá-la a partir de uma rede mais ampla, incluindo aqueles com os quais a criança e o adolescente convivem e mantêm vínculos de afinidade e afetividade. Segundo, pelo fato de entendermos que se orientar por

essa ou aquela configuração descrita no prontuário, nada pode nos garantir acerca da dinâmica das relações familiares, nem da qualidade dos laços afetivos estabelecidos dentro de um dado grupo.

Para o momento, o acesso que tivemos às informações sobre as famílias das crianças e adolescentes que frequentam o CAPSi foi reduzido e não dá conta de lançar um olhar que ultrapasse o perfil exposto acima. Lembramos que sem esse cuidado podemos favorecer o surgimento de leituras preconceituosas que sirvam para ocultar as raízes dos problemas que intentamos muitas vezes com as práticas ditas psicossociais combater.

À medida que essa família foi sendo promovida pelas políticas públicas como maior responsável pela saúde de seus membros, um efeito colateral decorrente foi justamente sua culpabilização, isso porque essa responsabilidade não veio acompanhada de uma transformação em suas condições da vida, uma vez que pouco se considera o contexto econômico, social, cultural e afetivo no qual ela está inserida. Com isso a família acaba sendo discriminada e pouco problematizamos a falta de empenho político para a garantia de uma assistência em saúde de fato integral como aponta Fonseca (2005).

Scheinvar (2006) é quem nos mostra o fato de que o Estado tem disposto de algumas políticas voltadas à família que têm tido efeitos muito mais de controle social, a considerar uma sociedade marcada pela desigualdade exacerbada como é o caso da brasileira. A própria noção de direitos tem se desdobrado, lembra a autora, em intensa criminalização da família, despolitizando qualquer movimento reivindicativo na direção da efetividade das políticas públicas, cristalizando concepções cada vez mais privatizadas e naturalizadas acerca das relações sociais.

Falavina e Cerqueira (2008), ao buscarem traçar o perfil dos usuários e suas famílias de um CAPSi, chegaram à seguinte conclusão: muitas daquelas famílias viviam em condições financeiras precárias, que agravava afora os percalços para manter o próprio lar, o ônus pelo transporte e deslocamento exigido até o CAPSi e a falta de acesso a alguns medicamentos gratuitos. As autoras verificaram nos discursos dos profissionais sobre essa família uma diferença sociocultural considerável, sendo que esse aspecto é por nós entendido como condicionante do processo de cuidado, uma vez que pode afetar o encontro, desdobrar-se em entrave ao tratamento ou mesmo, levar à sua interrupção devido às relações pouco dialógicas estabelecidas entre profissionais-usuários-famílias.

O recorte de fala de um dos profissionais do CAPSi destacado abaixo pode acrescentar a essa reflexão à medida que questiona

> *[...] péssima família: de qual ponto de vista? Às vezes a gente acha que é péssima, mas dá amor, carinho, atenção... Às vezes tem condição financeira boa e não dá amor... no nosso trabalho o quanto nós por considerar que sabemos o que fazer interferimos nessa dinâmica... uma vez eu ouvi numa palestra: na vida de ricos poucos se intrometem, na vida do pobre todo mundo mete o bedelho, a gente invade, faz visita [...]*

Diante dessa declaração, reafirmamos que significar essa família e sua função na efetivação dos projetos terapêuticos de crianças e adolescentes usuários do CAPSi impõe-nos o desafio de desvelar para nós mesmos o quanto nossas práticas são tutelares e não favorecem o desenvolvimento da autonomia. Tratar essa família não corresponde a tutelá-la, colocá-la sob o jugo do especialista que teria a exclusiva autoridade de proferir sobre os modos de vida, sobre as raízes dos problemas de comportamento/conduta e de como ajustá-los. Sob o mote de orientar essa família que não sabe o que fazer, o especialista se sente no direito de proferir sobre ela, como lembrou um dos profissionais, o serviço: *"se reúne, fala mal (risos)"*. Interessante notar que em meio a essa reflexão, alguém da equipe se pergunta em tom descontraído: "*Já pensou se se reunirem pra falar dos nossos filhos?"*.

Essa pergunta/provocação nos faz intuir sobre brechas que sinalizam a capacidade potencial de parte da equipe de se implicar e pensar criticamente a respeito daquilo que Rosa (2005, p. 206) denominou de "subalternização dos segmentos de baixa renda", quando a maneira "passiva e resignada com que os usuários pobres se comportam diante dos serviços e do profissional de nível superior, do "doutor", revela resquícios de relações historicamente autoritárias, quando não se reconhece a saúde como um direito de todos e que explicam também a sujeição.

Delongamo-nos nesse debate porque é inegável que o CAPSi, como qualquer outro serviço substitutivo para levar a cabo a premissa da (re)inserção social, precisa contar com a corresponsabilização das famílias (DOMBI-BARBOSA et al., 2009). Prevendo fortalecer o compartilhar de responsabilidades, entre as condutas terapêuticas do CAPSi, inclusive, há nas agendas dos profissionais espaços privilegiados de atendimento às famílias, afetadas por vezes em sua dinâmica relacional e social sempre que o sofrimento psíquico as atravessa, levando-as a enfrentar o estigma e a discriminação.

A família é uma instituição viva e como qualquer outra instituição não tem uma dinâmica independente do movimento maior da sociedade, nem passa ilesa às suas contradições. Precisamos, pois, encarar o desafio de pensar a família real que a nós se apresenta, com suas potencialidades, resistências e fragilidades. Esse seria um passo

imperioso na construção de espaços de mediação-interlocução e para que a relação CAPSi-Família venha a ter, de fato, a entonação de parceria.

O desejo de uma parceria mais estreita famílias-CAPSi foi expresso pelos familiares quando da realização da 'I Assembleia de Usuários' por meio da reivindicação da realização de mais reuniões periódicas, de mais espaços para discussão, de mais encontros. Que esses encontros se constituam, como nos coloca Rosa (2005, p. 207), em espaços de "ampliação do poder de trocas sociais dos grupos familiares", mais que de utilização de "receitas prontas", se transformem em espaço de "construção conjunta de respostas".

No interstício desse processo, destituir-se do olhar que é considerado capaz de dizer da normalidade/anormalidade dos sujeitos e das relações é uma provocação importante na busca pela efetivação de práticas de cuidado consonantes com a Atenção Psicossocial. Sustentados em algumas das concepções até aqui alçadas, vimos ascender outras concepções como a de saúde-doença mental, que em grande parte gestam e conduzem aqueles que são considerados aptos a comporem o público privilegiado de intervenção aos serviços de saúde mental infantojuvenil.

Mas captar concepções de saúde mental que permeiam as práticas de saúde mental não é tarefa nada simples. Não é simples porque, como já aludimos, o próprio sofrimento psíquico na infância e adolescência permaneceu por muito tempo sendo associado a problemas de ordem cognitiva/intelectual. Dada essa associação, os modelos de assistência em saúde mental alinharam-se aos de caráter pedagógico, voltados à reabilitação, incorrendo no não estranhamento de certas práticas e terapêuticas normalizadoras.

Como debatemos na subseção 3.3, haveria certo alarde até da parte de autores filiados ao saber psiquiátrico, como Ajuriaguerra (1980), de que é arriscado fechar diagnósticos psicopatológicos na infância, principalmente quando esses diagnósticos se baseiam numa visão polar e dicotômica do que seria normal e do que seria patológico nesse momento do desenvolvimento humano. Por constatar que este desenvolvimento estaria ainda se processando, suas estruturas morfofuncionais se formando, seu comportamento seria marcado pela instabilidade, exigindo que ao invés de se classificar os sintomas, os tomasse por seus efeitos desorganizadores ou organizadores da personalidade da criança.

Essas ponderações nos inspiram a pisar nesse terreno movediço das demarcações com bastante cuidado, sem a intenção de proferir verdades que definam descontextualizadamente o que seria normal e consequentemente, o que seria psicopatológico na infância e adolescência. Nossa investida intenta muito mais argumentar que é delicada a empreitada de conceituar o sofrimento psíquico na infância e na adolescência e que isso nos impele ao desafio ético-

político de olhar devagar para a diversidade e as adversidades da vida humana, atentando para as armadilhas e limites que atravessam esse campo.

Comecemos por pensar na própria deliberação de que o CAPSi seria um dispositivo público voltado ao cuidado com a saúde mental de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente, que requerem cuidados intensivos uma vez que estão impossibilitados ou afetados de alguma forma em sua condição de manter ou estabelecer laços sociais e projetos de vida. Dizer da opção por esse tipo de sofrimento psíquico - os graves e persistentes - é pensar naqueles casos graves de psicose e neuroses, autismo, entre outros, que foram relegados historicamente à assistência pedagógica e adaptativa/correcional, desconsiderando outras necessidades ante a complexidade da existência-sofrimento desses sujeitos.

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) sublinham que na Atenção Psicossocial o sentido de saúde-doença e os modos teórico-técnicos de se lidar com esse processo se diferem do paradigma psiquiátrico entre outras coisas porque consideram que o adoecimento tem determinação psíquica e sociocultural e não orgânica como a psiquiatria estabelece. Nessa perspectiva, entende-se que os problemas do sujeito lhes são constitutivos e também contingentes à sua situação, não devendo necessariamente serem removidos pelas ações terapêuticas propostas, até mesmo porque o tratamento deve ser o da demanda e não o da remissão dos sintomas.

Quando questionados diretamente acerca do que entenderiam por saúde mental, alguns profissionais do CAPSi tomaram como referência a definição da OMS reconhecendo saúde mental como "*qualidade de vida, não só ausência de doenças [...]"* ou ainda, *"o bem-estar emocional e até físico. Para ter saúde mental tem que estar bem... conseguir viver bem, ter qualidade de vida".* A definição da OMS, nos lembra Scliar (2007), vem sendo considerada limitada por presumir saúde-doença como estado e não como processo dinâmico e contraditório no qual se articulam situações complexas e singulares da existência humana. Além disso, essa definição ao atrelar a saúde a um estado ideal de bem-estar a torna utópica ao mesmo tempo em que acaba por dar margem a abusos políticos por parte do Estado que sob o pretexto da promoção à saúde poderia justificar intervenções desmedidas sobre a população.

Também existem aqueles que entendem que ter saúde mental é ser capaz de *"conseguir parar e se olhar... parar para refletir sobre isso, apesar de estar mal".* Além de ser capaz de se olhar, saúde mental seria a capacidade individual de *"se interrogar e*

escolher" e "*escolher algo para sua saúde mental. É olhar e mudar",* bem como *"conseguir força... ressurgir das cinzas e ficar bem".*

Outra perspectiva passível de ser identificada é a leitura desenvolvimentista na qual *"[...]se você vê que a criança está tendo uma curva evolutiva e em algum momento ela foge dessa curva, pra mais ou pra menos, é nesse momento a não saúde"* e esse 'fugir da curva' "*não é a criança que percebe. Alguém tem que ajudar a perceber. A gente ajuda a perceber... a gente tenta".* Ao destacarmos essa concepção de saúde mental o fizemos no intuito de alertar para os riscos que ela impetra. Entendemos que, ainda que existam algumas manifestações que sinalizam a necessidade de um olhar mais atento sobre um determinado sujeito, esse olhar não pode ser vertical, unidirecional, generalizado, tampouco deve tomar como referência padrões de condutas definidas *a priori*, sob o risco de tornar desviante tudo aquilo que escapa à norma.

Paradoxalmente, é interessante notar que alguns profissionais identificam como essência do trabalho do CAPSi justamente o movimento de desvelar o que está por trás das queixas, dando visibilidade ao que não é percebido por aqueles que atribuem sentido de doença àquilo que seria próprio do desenvolvimento do sujeito. Como exemplo, vimos falas dos profissionais durante os GD que apontavam nessa direção reconhecendo: *"[...] interessante que esses dias os estagiários de psicologia disseram que a criança chega aqui com uma queixa e que quando eles olham pra essa criança não é o que diziam dela".* E, uma grande conquista percebida pela equipe é justamente a do desenvolvimento dessa capacidade de *"olhar além desta queixa... nós construímos um jeito, um exercício diário, temos o desejo de encontrar essa criança e não só a queixa...".* Quando olham, *"quando você conversa com a criança você fala: Não! Não é essa criança de que eles falam!".*

Nesse ínterim, a queixa que conduz o encaminhamento precisa ser entendida pelos profissionais da saúde mental como um pedido de ajuda. E, se nem sempre esse pedido procede, tampouco ele é de antemão compreensível. Tal ilegibilidade justifica que, como constantemente ouvimos, uma das etapas mais importantes da construção de um projeto terapêutico é a realização de uma leitura mais pormenorizada da queixa. Enquanto numa abordagem mais biomédica a avaliação voltar-se-ia para o decifrar a queixa-doença, defendendo uma leitura mais intimista dos nomeados sintomas e das questões latentes e psicopatológicas que não são prontamente expostas, a lógica psicossocial entende que essa leitura precisa privilegiar o compartilhamento de olhares e de saberes, que se retorne ao coletivo deslocando o olhar do caso para a situação, seu contexto e suas variáveis. O retorno aos espaços da vida coletiva é importante pois foi lá que essa queixa foi sendo significada, e

nesse retorno é provável que se apreendam as multideterminações que a produziram e que produzem também o entendimento por parte daqueles que encaminham aquela criança ou aquele adolescente de que ali, naquele serviço, haveria a remissão dos seus sintomas.

Esse é um indicativo importante sobre o laço que os profissionais da saúde estabelecem com o ideário da Reforma Psiquiátrica. Ao nos aproximarmos do debate acerca das concepções de saúde mental que entrecruzam as práticas de cuidado, percebemos que muitas vezes o que desconstrói a queixa inicial e o que diferencia saúde-doença nessa criança é a escuta qualificada ofertada pelo CAPSi. Lá, observamos, muitos profissionais procuram reconhecer ao invés das faltas, as potencialidades. Ao olhar para as potencialidades fazem a passagem do conceito de doença para o de saúde, não se contentando com os rótulos e diagnósticos que muitas vezes aqueles sujeitos já trazem nos seus bolsos quando adentram o serviço.

Identificamos como potencialidade a tarefa que se inscreve e que se tem feito rotineira que é justamente a de desconstruir as demandas endereçadas inoportunamente ao CAPSi. Essa desconstrução tem se efetivado em diferentes encontros, como reuniões, estudo/discussão de casos, e do investimento no Apoio Matricial. No levantamento realizado nos prontuários inativos, ao investigarmos os desfechos mais comuns para os casos encaminhados ao CAPSi, verificamos a inclinação ao estabelecimento de diálogo principalmente com a Atenção Básica, que como já apontamos, é principal fonte de encaminhamentos ao CAPSi. É preciso, doravante, que se invista para que esse espaço se abra às trocas e reflexões, nunca em espaços de meras devolutivas ou sinalização de incapacidades.

Do mesmo modo, à medida que buscamos concepções de saúde mental que entrecruzam as práticas de cuidado, reconhecemos que a lógica do encaminhar quando aproximada do teor dos encaminhamentos acaba por revelar concepções de saúde mental vigentes na rede intra e intersetorial. E isto nos leva a reconhecer que se trata de uma concepção alçada socioculturalmente e que ali naquele particular se manifesta: o de saúde mental como sinônimo de adaptação social. Vê-se pela supremacia das queixas de agressividade uma possível desconsideração das circunstâncias que enredam tais comportamentos e que tão facilmente são definidos como anormais. Acreditamos que o ato de agredir pode não estar sendo encarado na sua processualidade, não considerando suas múltiplas facetas e nem a mensagem implícita que nele pode estar contido.

Ao contrapormos o mandato do CAPSi aos casos cujas queixas estimam impossibilidade ou afetação da condição de manter ou estabelecer laços sociais e projetos de vida, o rol de potenciais usuários aumenta significativamente porque implica na análise

subjetiva acerca dessa afetação por parte dos encaminhantes. Como vimos debatendo ao desenhar o perfil das queixas que chegam até o CAPSi, as queixas que conduzem crianças e adolescentes sinalizam que esse dispositivo adquirira uma característica peculiar, não se ocupando dos chamados casos graves e persistentes de sofrimento psíquico. Segundo retrata uma das profissionais ao afirmar

> *Aqui não temos esses tais "casos graves"... nossa realidade é essa... Nós atendemos a demanda que chega... Esse fenômeno ocorre em todos os serviços... Então a gente deve fechar as portas? A gente tem que desconstruir essa ideia de doença... que temos que ser o protótipo da felicidade...sempre, sempre [...].*

Nessa perspectiva delineia-se um público para o CAPSi *"[...] A gente esperava os casos graves de psicose... mas, não são! Não conheço nenhum! ..."*. E, essa 'realidade' nos instiga a perguntar: os tais 'casos graves' não existiriam no município? Se existem, onde estariam aqueles que requerem ações de cuidado mais intensivas?

Acreditamos que por algum motivo esses casos não chegam ao CAPSi, indicando-nos a urgência de se discutir finalidades e prioridades, bem como o planejamento de ações dentro da rede que identifiquem e beneficiem aqueles cujo sofrimento psíquico prejudica e ou impede significativamente a apropriação dos bens e produtos socioculturais. Entendemos que esse processo pode ser disparado, inicialmente, pelas ESF's uma vez que as mesmas desenvolvem ações de saúde contínuas e no próprio território de origem desses sujeitos que para o CAPSi se fazem desconhecidos.

Assim, abrimos passagem para uma concepção de saúde mental pleiteada pela Atenção Psicossocial, que entre outras coisas, pede que as ações de cuidado viabilizem a mediação do desenvolvimento da capacidade de beneficiar-se dos encontros oportunizados pela vida e da construção de outros encontros, de poder fazer escolhas, trocar afetos e mensagens. Essa concepção de saúde mental por si sugere outro objetivo para as ações de cuidado que não a cura, mas ampliação do acesso às mais variadas formas de produção de vida como destacamos anteriormente. Na busca por uma prática que faça sentido, o trabalho em equipe e em rede são pontes que medeiam a construção do cuidado consonante com a proposta da Atenção Psicossocial.

5.3 POTÊNCIAS E RESISTÊNCIAS DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E DOS SEUS SENTIDOS

Se a concepção de saúde mental adotada pelos trabalhadores do contribui para dar contornos particulares ao jeito de cuidar do CAPS, o trabalho realizado pela equipe e como essa se articula com os diferentes segmentos da rede e da sociedade na produção do cuidado também serão decisivos para que as práticas implementadas sejam potencializadoras da construção do modo de Atenção Psicossocial, ou, expressem as resistências que impedem a Reforma Psiquiátrica de avançar.

Mas a qual tipo de trabalho nos reportamos?

O trabalho enquanto categoria histórica foi amplamente debatido por Marx, que de maneira geral o concebeu como a capacidade humana de transformar a natureza para atender suas necessidades (MARX, 1932/1978). Antunes (2005, p. 136) afirmará que o "trabalho constitui-se como categoria intermediária que possibilita o salto ontológico das formas pré-humanas para o ser social. Ele está no centro do processo de humanização do homem". É com essa centralidade, segundo a leitura marxista, que o trabalho é edificado como motor de todos os processos sociais, não sendo possível compreender as relações sociais de produção, tampouco o próprio homem, se não compreendermos as vicissitudes dessa categoria.

Tendo sua importância há tempos dimensionada, seu significado não é unívoco e está atrelado às condições históricas do seu tempo e da sociedade que acomoda sua significação. Em outras palavras, a centralidade do trabalho, seu lugar como essencialmente humano só pode ser dimensionado numa dada sociedade que assim o erigiu, como é o caso das sociedades capitalistas. Mesmo sem a pretensão de esgotar essa complexa discussão, e considerando que há aqueles que como Harvey (2007), que mesmo reafirmando a importância do trabalho na atualidade, consideram que sua concepção precisa ser redimensionada, concatenamos nossa discussão subscrevendo que o trabalho se mantém para nós como meio de produção da vida.

O trabalho em saúde mental infantojuvenil no CAPSi por nós estudado materializa-se a partir de uma equipe composta por profissionais de nível médio e técnico (três (3) auxiliares de enfermagem, três (3) auxiliares de serviços gerais, um (1) auxiliar administrativo, um (1) motorista) e de nível superior (seis (6) psicólogos, dois (2) enfermeiros, dois (2) terapeutas ocupacionais, dois (2) instrutores de artes, um (1) psiquiatra e um (1) farmacêutico), além de dois (2) residentes de psiquiatria e um (1) estagiário de administração.

Dos profissionais citados, dezessete (17) participaram da realização dos GD e a partir dessa participação tiramos o seguinte perfil: são profissionais com idade entre 26 e 59 anos idade; sendo que a maioria possui ensino superior. Destes, 8 são especialistas e 1 é mestre. Dos dezessete (17) profissionais citados, dez (10) trabalham no CAPSi desde sua

inauguração. Todos possuem vínculo empregatício de estatutário e apenas a coordenação é cargo comissionado, indicado pelo prefeito. Dos que declaram utilizar uma ferramenta/referencial teórico, três (3) referiram trabalhar com o referencial psicanalítico, dois (2) com psicologia comportamental e um (1) com a Clínica Ampliada. Além dos técnicos que compõem a equipe multiprofissional, participaram dos GD, quatro (4) estudantes de medicina que estagiavam sob a orientação do psiquiatra infantil do CAPSi.

Durante a pesquisa de campo, notamos que o trabalho em equipe vem sendo construído na cotidianidade. É processo e precisa assim ser dimensionado. A equipe relata uma trajetória de percalços e desafios para se constituir como tal e isso, aliás, lhes dá orgulho. Como meio de produção da vida o trabalho que executam vai sendo dotado de sentido individual e social, possibilitando aos trabalhadores da saúde para além da subsistência, a criação de sentidos para a própria existência, incidindo sobre a formação da sua identidade e subjetividade. É claro que o trabalho ao qual nos referimos diferencia-se daquele chamado trabalho-mercadoria que dada sua expropriação perde o valor ou o sentido para o trabalhador tornando-se alienado (MARX, 1932/1978)[96].

Quando nessa tese nos voltamos a discutir o trabalho em equipe multiprofissional, observamos que a própria história nos comprova que a valorização deste como promotor de uma melhor assistência em saúde não é uma questão da atualidade. Ribas (1953) nos conta que após a segunda grande guerra, a UNESCO, a ONU e outras organizações, preocupadas com milhões de crianças que necessitavam de auxílio, fundaram um Centro Internacional da Infância, levando-os à organização, em 1950, de um Curso de Psiquiatria Social da Criança em Londres e Paris. Entre as lições reiteradas por Ribas (1953, p. 40) além de inventariar os inúmeros problemas infantis, sob os mais diferentes ângulos, o curso demonstrou para o autor que "tais problemas não poderão ser resolvidos por um único especialista, mas sim, por equipes especialistas".

Naquele contexto, o chamado 'trabalho em equipe' aos poucos passava a ser valorizado. No entanto, o trabalho em equipe comporta outras configurações e por isso perguntamos: a qual equipe nos referimos? Que tipo de trabalho em equipe pleiteia na atualidade a lógica da Atenção Psicossocial?

Outrossim, resguardadas as peculiaridades sociais e políticas de cada tempo, diferente daquilo que propunha Ribas (1953), hoje se vislumbra algo mais quando o tema em debate é a equipe de saúde, sua forma e organização: seja intra ou intersetorialmente, busca-se a superação dos especialismos, da autossuficiência dos serviços, dos profissionais e de seus

[96] De maneira sucinta 'trabalho alienado' é aquele que é estranho ao trabalhador tanto em relação à totalidade do processo produtivo quanto em relação ao produto final (MARX, 1932/1978).

saberes. Valoriza-se a interdisciplinaridade, à medida que esta promove a horizontalização das relações intrainstitucionais, permitindo que os diferentes saberes e fazeres se ocupem das demandas e respondam à complexidade do processo saúde-doença.

Quando o CAPSi, funcionando na lógica da Atenção Psicossocial, constrói projetos terapêuticos pautados na diversidade de saberes de sua equipe e reconhece, por conseguinte, os vários recursos terapêuticos possíveis, como lembra Yasui (2010a), o trabalho em equipe torna-se o pilar sustentador da atuação psicossocial, pois só ele dará conta da complexidade inerente ao acolhimento, vinculação e responsabilização perante os usuários e seus familiares. Ademais, "uma equipe que se concentra apenas em seus próprios recursos pode estar fadada a exaurir-se em sentimentos de impotência e solidão" (YASUI, 2010b, p. 4).

Alguns autores como Sampaio et al. (2011) chegam mesmo a afirmar que, na verdade, não haveria garantias técnicas de que o trabalho em equipe seria mais eficaz que o individual. Contudo, esses mesmos autores, prontamente identificam ao menos três vantagens para que o trabalho em equipe sobrepuje o individual nos serviços que aspiram trabalhar na lógica da Atenção Psicossocial. A saber essas vantagens seriam:

> a) Ideológica - o trabalho em equipe impede a hegemonia de um dos vários saberes que buscam dar conta do processo saúde/doença mental, portanto a prática onipotente e acrítica; b) Teórica - o trabalho em equipe expõe as teorias à competição, obrigando-as a aperfeiçoarem seus instrumentos, a interconterem-se e a interfertilizarem-se; e, c) Organizacional - devido à complexidade crescente do conhecimento, não é mais possível, a qualquer trabalhador isolado, dar conta da totalidade de um problema, daí a equipe tornar-se imposição histórica, não escolha (SAMPAIO et al., 2011, p. 4686).

Nesse processo de construírem um trabalho que sobrepuje a supremacia das intervenções individualizadas, que como referem os autores supracitados, não é mais questão de escolha, mas de imposição histórica, muitas conquistas são identificadas pelos profissionais do CAPSi nesses três anos de funcionamento, entre essas o fato de se organizarem e se reconhecerem como equipe está entre os maiores ganhos percebidos. Aprender a trabalhar em equipe é para o grupo um desafio e exercício que precisa ser diário, onde há trocas, aprendizagens. É "*muito rico, o que cada um trás, vicissitudes, isso nunca nenhuma máquina vai substituir"*.

Essas trocas e aprendizagens são atravessadas em alguns momentos pela hegemonia do trabalho médico-centrado, pondo em evidência o poder que o saber psiquiátrico ainda exerce sobre as práticas de saúde mental em detrimento da construção da interdisciplinaridade. Esse saber aparece em alguns momentos como imperativo à efetivação do cuidado, como expressa a reflexão de um dos profissionais ao afirmar que "*eu gosto de*

diagnóstico... acho que me dá um norte para saber para onde seguir" ou ainda, quando lembra outro profissional ao dizer que "*quando uma mãe fala que o médico passou remédio e não fez efeito... A sociedade cobra isso do médico... eu falo que é 50% do remédio e 50% outros profissionais"*. Em outros momentos, o saber psiquiátrico é visto como limitante ao trabalho psicossocial quando

> *[...] a gente é formado para dar diagnósticos, baseado na clínica, nas evidências... temos dificuldade de lidar com uma concepção mais pautada em equipe... Quando a gente fala de criança é muito mais difícil trabalhar nesse contexto... É um processo de construção, desconstrução. Em relação à psicose, não psicose, a gente consegue ver, é raro, antes não era tão raro. Aqui eu estou aprendendo a ver o que há por trás, escutando, vendo as crianças, ponderando... tenho visão mais flexível... Às vezes meu papel na equipe é olhar para o lado diagnóstico, saber se tem TOD*[97]*, é útil pois vai me guiar para dar a melhor medicação, buscar recursos... No Brasil dar diagnóstico é importante para comunicar conhecimento...*

Percebemos no excerto acima a expressão de um dos maiores impasses à consolidação da Atenção Psicossocial: a centralidade do saber médico-psiquiátrico que atravessa a equipe, marcas da resistência alçada pelo Modelo da Psiquiatria Biológica ante a ascensão de uma proposta que pede passagem e pleiteia romper com as relações profissionais e institucionais hierarquizadas.

A valorização do viés curativo e especializado ainda perpassa o SUS e emperra a construção de um jeito de cuidar que destoe do manicomial. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) nos lembram que na organização das relações intrainstitucionais a horizontalização dessas relações é uma característica fundante do modo psicossocial. Se existe horizontalidade, é menor a necessidade de hierarquização do saber-fazer entre os membros da equipe, bem como entre a equipe e os usuários.

Os discursos revelam pontos de conflito e apontam que são as tais trocas e aprendizagens em equipe que contribuem para o exercício de um modo de cuidar que extrapole a queixa, que encontre o sujeito que se apresenta além da doença que lhe atribuem. Paradoxalmente naquele mesmo excerto transcrito acima, notamos ressonâncias de um modo de olhar a saúde mental que considere outras rotas capazes de modificar o curso da construção do cuidado, na afirmação de que "*Aqui eu estou aprendendo a ver o que há por trás, escutando, vendo as crianças, ponderando... tenho visão mais flexível...*". Do mesmo modo quando afirmam que "*eu olho no livro e o livro me descreve... Daí eu sei para onde seguir... eu tenho que pensar: essa criança não está no livro, ela tem um contexto, uma dinâmica que*

[97] O profissional em questão fez uso da terminologia psiquiátrica do que vem sendo denomina 'Transtorno de Oposição e Desafio'.

não tá escrita... e isso é difícil... por isso não é estático, a saúde mental está em construção". Reconhecem que a aprendizagem repercute na qualidade do trabalho do CAPSi no geral, bem como nas intervenções agenciadas a partir da troca de saberes, sendo que atribuem crescimento até mesmo aos momentos de discordâncias por conta da pluralidade de concepções e aparente dificuldade no relacionamento interpessoal. Assim

> *[...] uma outra dificuldade... visão médica e do enfermeiro é diferente do psicólogo, do arte-terapeuta. A filosofia do pensar é diferente. Quando se coloca algo para fazer junto entra em choque, mas é legal... quando a gente recebe uma visita parece que tá tudo bem, mas ontem mesmo aqui teve discussão calorosa...*

Constatamos que parte da equipe sustenta uma visão crítica sobre o processo de construção deste trabalho e se coloca no desafio diário de se perguntar "*para quem é o meu trabalho?"* e considerando que estão em um grupo *"não é vontade ou posicionamento de um profissional... se no CAPSi não tiver disposto a isso...dificulta muito o trabalho. Não é a minha opinião sobre a do outro... amistosamente precisamos colocar qual é a necessidade do paciente..."*

Alguns arranjos organizacionais podem ser potentes e facilitar o desenvolvimento do sentido de equipe. Nesse dispositivo já conquistaram um espaço diário para trocas, pois como o CAPSi funciona com duas equipes multiprofissionais divididas por turnos, diariamente se reúnem no horário comum das 12 às 13h30. Neste, reservam-se a resolver questões administrativas, discutir novos casos, elaborar e discutir projetos terapêuticos, entre outras. É um momento que precisa ser ampliado para que o trabalho possa ser colocado em análise, para que exercitem a construção coletiva do mesmo, fortalecendo os laços afetivos e o comprometimento com os projetos idealizados.

Para além da potencialidade aferida ao espaço destacado acima, agenciando o pressuposto de que a equipe precisa de apoio é que surgiu dentro do trabalho em saúde mental a proposta da 'Supervisão Clínico Institucional' que pretende assegurar "às equipes dos CAPS, ambulatórios, serviços de saúde mental em hospitais gerais e atenção básica, especialmente àquelas que se encarregam da atenção a pacientes com transtornos mentais severos, um mecanismo de supervisão das atividades terapêuticas e de gestão desenvolvidas" (BRASIL, 2007, p. 66). Essa supervisão, que não está ocorrendo no CAPSi por nós estudado, intenta mais que orientar tecnicamente a equipe, ajudar no aperfeiçoamento da gestão, apoiar nos aspectos relacionados à tensão produzida pelo processo de trabalho, bem como auxiliar na discussão sobre a relação entre seus membros e desses com o território.

Outros recursos que primam pelo saber/fazer coletivo são potentes e podem contribuir para que ações interdisciplinares sobrepujem as individuais, entre eles citamos os espaços de construção do Projeto Terapêutico Singular – PTS, quando procuram pensar na rede social e familiar do sujeito que sofre; e ainda a realização de anamnese ampliada e as visitas domiciliares como recurso importante de acesso à dinâmica familiar.

A elaboração do PTS, que pode voltar-se a um indivíduo ou a um coletivo, é reconhecida como ferramenta fundamental no cuidado em saúde mental, uma vez que permite a escuta do sofrimento, viabiliza discussões e decisões a respeito das condutas terapêuticas, e do planejamento conjunto de metas. As condutas e metas são negociadas e compartilhadas, não só entre a equipe, mas implicam no processo o próprio usuário e, no caso especial de crianças e adolescentes, também sua família. O PTS precisa contemplar ações que oportunizem dar voz aos usuários e se associem à possibilidade do desenvolvimento da capacidade de elaborar projetos particulares e de ações que transformem suas condições de vida e favoreçam a autonomia.

Na tessitura desse caminho, é fundamental o estabelecimento de contratualidades, de trocas, que como bem colocou Kinoshita (1996, p. 55) "no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio", logo, o trabalho em saúde mental precisa promover suporte psicossocial a fim de que o usuário produza tais contratos. Destarte, conforme sublinhou Kinoshita (1996, p. 56-57)

> A contratualidade do usuário primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Só estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário. Depois, pela capacidade de elaborar projetos que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se e para que as abordagens terapêuticas possam contextualizar-se.

A relação estabelecida entre profissionais-usuários é entendida, portanto, como condição, como suporte para que outras relações ao mesmo tempo se construam. Tal qual refletiram Franco e Merhy (2005), o vínculo com a equipe e a responsabilização criam referências seguras para o usuário. Ademais, fortalece a ideia do empoderamento que se daria por processos de aprendizagem e subjetivação que fazem com que os mesmos se sintam com condições, competência e aptidão para se cuidarem.

Acenamos que para ser potente, um dos focos do PTS deva ser, justamente, o do empoderamento do usuário. No cuidado em saúde mental tal processo consistiria, como pontua Vasconcelos (2007), no fortalecimento do poder, da participação e da auto-

organização dos usuários e familiares. Segundo esse autor o empoderamento está concatenado com a invenção de estratégias de defesa de direitos, de mudança de cultura, do exercício do controle social no SUS, bem como de uma militância social e política mais ampla na sociedade e também no Estado.

Em contrapartida, os desafios do trabalho em equipe suplantam as questões de ordem do relacionamento interpessoal e, apesar da jovialidade do CAPSi em discussão, sua equipe já enfrentou resistências e problemas estruturais. Precisou se organizar, por exemplo, para garantir/custear aquisições mínimas de materiais para execução das atividades terapêuticas, pois quando do início das atividades do CAPSi "*Não tinha material no começo para fazer nada, nós comprávamos tudo que precisava pra trabalhar....* Essa fala é corroborada por outra na mesma direção que afirma "*começamos a trabalhar sem material. Compramos tudo, faz pouco tempo que melhorou. Se a equipe não tivesse gana não tinha trabalhado".*

Mais que o descaso da gestão municipal, essas dificuldades no processo inicial de organização do trabalho retratam resistências ante um novo jeito de cuidar. Declararam que "*no começo juntaram tudo que era velho e ia ser descartado e mandaram pra cá. A caixa de brinquedo, lembra? Horrível!"*. Esse aparente descaso fez com que problemas ligados à gestão e financiamento fossem combatidos pela via da organização interna dos trabalhadores que desejosos de fazer o CAPSi funcionar, superaram momentaneamente as dificuldades com a falta de investimentos através de inciativas particulares e pontuais.

Outras falas testemunham que o trabalho vai sendo inevitavelmente afetado pela falta de recursos e pelo distanciamento da gestão municipal, como expressa a afirmativa de que no começo "*precisava de panelas, as panelas não chegavam... fazíamos vaquinha, comprávamos comida pra nós e para os pacientes. Acho que o gestor nem sabe de nossas vaquinhas"*. Essas dificuldades com a manutenção do trabalho e provisão dos recursos materiais necessários, é preciso que se diga, não são exclusivas do CAPSi[98]. Burali (2014) constatou essa mesma problemática em seu estudo que focou o CAPS II que está em funcionamento no município desde 2004, afiançando que não estamos mencionando um problema esporádico, nem relacionando ao funcionamento inicial de um dado serviço.

O desconhecimento do gestor municipal perante as dificuldades materiais vivenciadas indica nuances da dinâmica do processo de trabalho. Expressão do modo capitalista de produção, a divisão técnica e social do trabalho compromete seu caráter humanizador,

[98] A coordenação atual do CAPSi afirma que essas dificuldades iniciais foram superadas e salvo quando há problemas com as licitações não faltam materiais para execução das atividades. A burocratização do processo vez ou outra, sabemos, afeta a continuidade das ações de cuidado.

ressoando, sobremaneira, na forma como esse se organiza. São as implicações dessa divisão que podem ser vislumbradas na fragmentação dos serviços, na estruturação das equipes profissionais e nos modos de gestão, marcados por relações verticalizadas e austeras. Tentativas de enfrentamento têm sido propostas por alguns autores (CAMPOS, 1998, 1999, 2014; CAMPOS, DOMITTI, 2007; CAMPOS; CUNHA, 2011) que apontam a cogestão como estratégia potencial para a reorganização do serviço e da assistência em saúde.

A cogestão é entendida como "o exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política social" que "implica coparticipação em todas as etapas do processo de gestão: definição de objetivos e de diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisão e avaliação de resultados" (CAMPOS; CUNHA, 2011, p. 966), viabilizando espaços coletivos de análise e tomadas de decisões que envolvam gestores, profissionais, usuários e a comunidade como um todo. É a defesa da indissociabilidade dos modos de atenção e de gestão. Nessa perspectiva, o enfrentamento dos problemas que há pouco mencionamos, passaria a ser coletivo, não ficando somente na dependência de esforços particulares porquanto as mudanças reivindicadas precisam avançar também na direção sociocultural.

Considerar que o trabalho em saúde precisa ser problematizado e (re)significado no plano do coletivo requer primeiramente que o compreendamos não apenas enquanto capacidade de execução de procedimentos biomédicos, mas também como processo de produção e vivência do ato de cuidar. Como destacam Merhy e Franco (2005, p. 281) o trabalho em saúde deve se pautar pelo seu principal referente simbólico, ou seja, o "ato de cuidar da vida e do outro como alma da produção em saúde". Esse ato que se materializa no encontro trabalhador-usuário não é passível de ser modelado, prescrito, como ambiciona o trabalho médico-hegemônico.

Outro elemento dificultador do trabalho em equipe apontado pelos profissionais do CAPSi foi o rodízio de profissionais, sendo para o grupo frustrantes "*as saídas de profissionais, a alta rotatividade de colegas... quando a gente tá entrando em sintonia, alguém precisa sair... daí os benefícios passam a ser menores... a troca de profissionais é uma grande dificuldade"*. Não temos informações suficientes para afirmar sobre os motivos que explicam essa rotatividade, mas a maneira como colocam, parece fragilizar o vínculo e interferir na continuidade das ações de cuidado à saúde mental ajuizando que essa questão merece investimento analítico e enfrentamento administrativo.

Entrementes, como a equipe se relaciona com a rede intra e intersetorial também nos indica o jeito de fazer saúde mental que vão tecendo as potencialidades, os percalços e

algumas das muitas resistências encontradas no caminho. Como vimos destacando, para a Reforma Psiquiátrica avançar é imprescindível além da criação de serviços substitutivos, a existência de outros equipamentos sociais articulados em uma rede disposta na comunidade. Durante a pesquisa observamos muitas dificuldades na interlocução do CAPSi-Rede-CAPSi. Há falta de uma rede. Não faltam serviços e programas, pois como vimos na subseção 4.4, a rede de serviços e equipamentos é bastante ampla. Há falta de uma tessitura nessa rede, de articulação que dê suporte social às crianças e adolescentes de maneira geral e não só àquelas que sofrem psiquicamente, pois como pondera um dos profissionais

> *Eu percebo que a maioria de nossas crianças não precisaria estar aqui... deveria estar lá na rede, no esporte para brincar, com espaços sem regras... hoje as crianças já não podem mais fazer coisas... a intersetorialidade seria isso... ter espaço para outras coisas... Não é que falta não... Não sei onde a gente erra, é que não acontece... Tem lá na rede capoeira, nas igrejas, mas não estão acontecendo para aquela criança que precisa.*

Essa dificuldade envolve tanto a relação com os demais serviços e profissionais da saúde, quanto com os demais serviços, instituições e políticas setoriais. No caso específico da Atenção Básica, desconsiderar-se-ia que esse usuário continua, mesmo estando em sofrimento psíquico, sendo integrante daquela comunidade e que, portanto, ele e sua família precisam ser acompanhados no seu território, buscando nele recursos produtores de saúde. O encaminhamento encerraria esse compromisso pois *"a ideia que se tinha é que veio para o CAPSi não tem mais nem dente na boca, não tem mais ginecologia. Não é porque tá aqui que deixa de ser da Atenção Básica"*.

A própria Emergência Psiquiátrica, conforme acompanhamos durante a pesquisa, a maioria dos casos que lá adentram, nem chegam ao conhecimento do CAPSi. Quando é o CAPSi quem encaminha, não recebe nenhuma devolutiva sobre o usuário. Muitos desses casos desembocam no internamento no Hospital Psiquiátrico, sendo raros os casos especialmente de adolescentes que saem da reclusão e são encaminhados para acompanhamento psicossocial nesse serviço porta aberta e de base comunitária. Nessa perspectiva lembramos que se o CAPSi parece não 'compor essa rede', a articulação não precisa partir de fora para dentro e o mesmo pode contribuir para superar resistências fazendo o movimento de construção dessa rede, que não é natural nem automática e que depende de mediações.

Com o CENSE, como já frisamos quando da discussão dos encaminhamentos, a relação se materializa recorrendo ao CAPSi para a oferta de atendimento ambulatorial aos adolescentes autores de ato infracional, e na maioria das vezes requerem apenas consultas psiquiátricas e dispensação de medicamentos. Não se criam outros vínculos tanto pela

transitoriedade da permanência desses adolescentes, quanto por aquilo que discutimos acerca do efeito da psiquiatrização do ato infracional e da judicialização das demandas que incidem sobre o significado do tratamento ofertado muitas vezes associado à punição.

A rede que deveria facilitar o livre trânsito dos usuários, não é capaz de fazer circular o cuidado, compondo-se de serviços isolados, fechados em suas rotinas e cuja comunicação, quando acontece, se resume muitas vezes a cumprir trâmites burocráticos. Esses aspectos fragilizam e por vezes freiam a construção do cuidado consonante com a Atenção Psicossocial e no CAPSi por nós estudado, verificamos a dificuldade para desenvolver ações extramuros, sair para o território e coabitar o espaço afora do serviço.

Quando buscam estruturar um espaço de discussão de casos, de planejamento de ações, convidam a cultura e o esporte e dificilmente ocorre com esses setores algum tipo de interlocução, pois *"eles não percebem a importância, acham que não tem nada a ver com a saúde mental"*. Por outro lado, quando tentam dialogar sobre as demandas, delimitar/não delimitar o público a ser atendido no CAPSi, a seletividade do que seria sofrimento psíquico acaba encarada pela rede como descaso e chegando alguns profissionais a verbalizarem que não sabem qual seria então o mandato do CAPSi.

Esse entrave foi percebido em espaços organizados intencionalmente para a realização de estudos de caso de crianças e adolescentes encaminhados ao CAPSi por queixas escolares. Um dos estudos de caso que pudemos acompanhar foi o de uma criança de 11 anos que mesmo após a discussão da equipe pedagógica da escola com a Equipe de Apoio da Secretaria Municipal de Educação ter acordado por estratégias como apoio pedagógico, medicações e avaliação oftalmológica, a criança fora encaminhada ao CAPSi. No estudo de caso observou-se que a escola não seguiu o fluxo acordado, pois se a queixa era escolar teriam que ter discutido os encaminhamentos com a Equipe de Apoio da secretaria de educação. A postura adotada pela coordenadora da escola de encaminhar direto para o CAPSi causou certo desconforto à medida que não resolvendo entre eles, o CAPSi fora ali mesmo orientado a devolver encaminhamentos que não tivessem passado antes pelos estudos da Equipe de Apoio.

Assim, as ações do CAPSi que resguardam o papel de agenciadoras de estratégias territoriais de cuidado enfrentam dificuldades para construir pontes e promover correlações que deem conta da complexidade de seu objeto. Pontes que agrupem atores e equipamentos em torno de objetivos comuns e que não encarem o CAPSi como lugar de fiel depositário de todo tipo de inadaptação. Quando ascendem questionamentos acerca da qualidade e eficácia dessa rede, esses vão mais à direção do que caberia a cada um dos equipamentos sociais do

que o que poderiam fazer conjuntamente, como poderiam buscar e reivindicar recursos e desenvolver ações em rede e de modo corresponsabilizado, sugerindo-nos novamente o isolamento dos serviços e sua desarticulação.

Tentativas de enfrentamento a essas dificuldades e construção de um trabalho intra e intersetorial são agenciados pelo CAPSi que tem buscado ora produzir novos espaços de interlocução, ora se inserir nos espaços já existentes na rede. Como exemplo de espaços de interlocução dos profissionais do CAPSi com a rede identificamos a participação em reuniões intra e intersetoriais com temas e motivações diversas e, entre as que têm tido periodicidade mensal citamos as reuniões da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde e da Rede de Violência.

A Comissão de Saúde Mental vem se estruturando/organizando, mas conta com o apoio de poucos atores sociais. Procura trabalhar balizada pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica para ampliar o debate acerca da saúde mental na lógica da Atenção Psicossocial, uma vez que o paradigma psiquiátrico mantém-se vigorante guiando muitas vezes não só as práticas dos serviços ditos substitutivos como também restringindo a potência de um espaço como o de controle social na figura do próprio Conselho Municipal de Saúde. Essa observação é ratificada por posicionamentos como citamos anteriormente a respeito da implantação do CISM, quanto da rotineira inclusão do Hospital Psiquiátrico como sendo um serviço da 'rede de saúde mental' do município de Maringá.

Já as reuniões da Rede de Violência são ampliadas e contam com representantes das secretarias municipais de saúde, educação, mulher, assistência social, ONGs, além da segurança pública, Ministério Público e Conselho Tutelar. Seu objetivo maior é o de fornecer apoio às diferentes instituições, fortalecendo assim a rede de prevenção e atenção à violência. Essa rede foi criada por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde em 2007 e vem sendo reconhecida como das mais estruturadas e atuantes do município. Em 2011 foram formadas 13 redes locais, descentralizadas. Num primeiro momento (2011 e 2012) foram realizadas capacitações e oficinas para instrumentalizar os profissionais e, por conseguinte, integrar as ações de prevenção e atenção à violência nos territórios. Posteriormente foram formados 13 pequenos grupos descentralizados (compostos por representantes das UBS's, escolas, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, entre outros) que se reúnem mensalmente no território, além da reunião geral que serve de espaço de trocas, estabelecimento de diretrizes e encaminhamentos comuns. Entre as iniciativas concretas decorrentes desse trabalho o grupo criou um protocolo de registro de dados que permite a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, além de estabelecer um fluxo sistemático de

atenção aos casos, fornecendo estatísticas sobre as ocorrências mais frequentes. Acrescido a isso, visam por meio da análise qualitativa dessas informações subsidiar o planejamento das políticas públicas de prevenção e combates à violência. A Rede de Violência, não diferente de alguns espaços de controle social e de organização coletiva, acaba sendo formada pelo mesmo grupo de pessoas que se engaja em diferentes frentes, sobrecarregando muitas vezes as agendas desses profissionais. E, após essa explanação sobre a rede de violência e seu funcionamento, nos perguntamos por que é bem mais fácil engajar-se em causas como a da violência enquanto a da saúde mental parece, para muitos, pouco importar.

O CAPSi promove encontros para 'Estudos de Caso' que ocorrem sem data e frequência pré-determinada e a equipe procura organizá-los agendando com alguns dos serviços/instituições que atendem concomitantemente a criança ou o adolescente usuário do CAPSi ou que foram encaminhados para atendimento. Procuram nesses espaços desenvolver a corresponsabilização e articular ações para que estas não se sobreponham. Mais que isso, sinalizamos para a importância de esses espaços se constituírem potentes articuladores para as ações dos PTS's, garantindo a integralidade do cuidado.

Com a política da saúde existe o esforço do diálogo intrasetorial, como por exemplo, por meio de reuniões semanais com as equipes da Atenção Básica, previstas para acontecer com agendamentos prévios todas as sextas-feiras em diferentes UBS's do município. A proposta inicial era que participassem a equipe da UBS e do NASF, contudo, na maioria das vezes participam dessa reunião apenas os psicólogos desses serviços. A ideia era discutir os encaminhamentos, as dificuldades no acolhimento da demanda de saúde mental na Atenção Básica, a referência e a contrarreferência.

Nesses encontros observou-se que as UBS's também acham que o CAPSi é muito seletivo e que eles atendem na Atenção Básica muito mais casos de sofrimento psíquico. Logo, um espaço que poderia viabilizar o acompanhamento dos casos, a corresponsabilidade, acaba se restringindo à troca profissional-profissional e muitas vezes com foco nas dificuldades enfrentadas por estes em cada serviço particular.

Como já discutimos, a estratégia do Apoio Matricial vem sendo abraçada pelos profissionais do CAPSi que procuram agendar esses encontros com vistas a discutir casos atendidos no CAPSi e cujos usuários/família pertencem à área de abrangência das ESF's. Esclarecem sobre o tratamento previsto, discutem o curso das ações, dialogam acerca das estratégias do trabalho e pedem ajuda no acompanhamento das famílias dos usuários principalmente por meio de visitas domiciliares. Uma das maiores finalidades dessa parceria declaradas pelos profissionais tem sido orientar e reforçar às famílias e usuários a necessidade

de adesão ao tratamento do CAPSi. Em se tratando daqueles casos que, por motivos vários, foram desligados ou desligaram-se do CAPSi, esses encontros servem também para que o CAPSi oriente a equipe da Atenção Básica quanto ao acompanhamento e realização das ações de saúde mental no próprio território.

Acompanhamos também a elaboração de um projeto piloto de matriciamento proposto por duas profissionais do CAPSi em uma das UBS's do município com o objetivo de articular o trabalho com a Atenção Básica. Participaram equipes do NASF e UBS, sendo que num primeiro momento realizaram estudos teóricos sobre alguns temas (saúde mental, rede, fatores facilitadores/dificultadores do trabalho, PTS, Grupos). Para um segundo momento, estavam previstos acompanhamento/discussões de casos práticos, mas enfrentaram obstáculos tanto por conta das agendas da UBS quanto dos profissionais do CAPSi. Em outras palavras, enquanto na teoria a proposta fluiu, quando se efetivaria na prática cotidiana, não havia mais agenda disponível.

Ao problematizarmos esses espaços, potências e resistências que atravessam a construção do trabalho em rede, intra e intersetorial, uma concepção vai ficando para nós, cada vez mais demarcada: o de que o CAPSi ocupa nessa rede intra e intersetorial o lugar do especialista, do suposto saber. Essa concepção atravessa a forma como essa rede vai se (des)organizando, se (des)estruturando, pois creditaram muitas vezes ao esforço do CAPSi em criar espaços de interlocução a intenção de na verdade *"avaliar e dizer que os outros setores não trabalhavam"* ou ainda de que iam *"dar serviço para eles", "invadir..."*. E quando os sentimentos persecutórios não malogram qualquer inclinação à parceria, a parceria resguarda um caráter de sujeição como expressa a fala de um dos profissionais durante os GD: "*a gente aqui faz Grupo de Pais. Teve uma UBS que pediu pra gente ajudar eles fazerem um Grupo lá. A ideia é fazer para eles aprenderem. A gente diz "a gente vai trabalhar para ajudar vocês, apoiar, não vai fazer"*.

Diante dessa reflexão finalizamos esse tópico apontando que, para que possamos realmente falar de trabalho - em equipe, em rede intra e intersetorial - desafios de uma prática que faça sentido, faz-se urgente descontruir esse imaginário, negociando espaços de interlocução mais horizontalizados que objetivem comumente uma efetiva (re)inserção social das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, viabilizando pontes de acesso aos mais variados recursos, bens e serviços.

5.4 POR UM NOVO JEITO DE CUIDAR OU PARA QUE O CAPSi NÃO SEJA SÓ MAIS UM SERVIÇO DA RAPS

Um fotógrafo-artista me disse outra vez: veja que pingo de sol no couro de um lagarto é para nós mais importante do que o sol inteiro no corpo do mar.
Falou mais: Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem com barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.
Manuel de Barros

Sobre a importância das coisas. Queremos encerrar essa seção abordando sobre o CAPSi, não como serviço, mas como um jeito de cuidar. Tal qual o poeta consente dizer que a importância das coisas *não se mede com fita métrica nem com balanças nem com barômetros*, nessa tese aludimos que o que torna potencial o cuidado idealizado pela Atenção Psicossocial também é da ordem do imensurável, nos levando a refletir sobre uma prática que demanda a superação do modelo manicomial porque pressupõe o retorno ao coletivo por meio do trabalho em equipe, em rede e os efeitos produzidos a partir do encontro entre o trabalhador e o usuário. Esse trabalho que precisa produzir encantamento, devolvendo e no caso de crianças e adolescentes quase sempre, ajudando a construir um outro lugar social. Esse lugar que ultraja o isolamento privilegiando o convívio social e comunitário, o livre trânsito dos sujeitos porque entende que a liberdade é terapêutica.

Na busca por um novo jeito de cuidar em saúde mental deparamo-nos nessa tese com potências e resistências a essa proposta que ressoam sobre as maneiras de produzir, de acolher e de lidar com as diferentes demandas de saúde mental infantojuvenil. Salientamos que na pretensão do fazer saúde mental, o teor do cuidado pretendido, mesmo implementado por um serviço dito substitutivo, pode resguardar ao menos dois sentidos: do cuidado que normaliza e adapta e, em contraponto, do cuidado que emancipa.

Desta feita, se o CAPSi aqui é colocado em destaque, embora pudéssemos fazê-lo com outras iniciativas, estratégias e projetos psicossociais da Reforma Psiquiátrica idealizadas nas práticas de saúde mental, tal destaque nos induz a considerá-lo em sua razão de ser e de permanecer pulsante.

Sustemos essa defesa.

Apresentamos no curso desse estudo que o cenário que abrigara o CAPSi, no alvorecer do século XXI, o fez nascer com o desafio de conjugar um mandato que é psicossocial. Passada mais de uma década da sua ideação, teria o CAPSi se convertido em mais um serviço da RAPS? A resposta para essa questão está intimamente relacionada àquela que nos

inquietou e norteou a elaboração desta tese, levando-nos a discutir o trabalho do CAPSi e sua intersecção com a proposta da Atenção Psicossocial.

No bojo dessa reflexão, compreendemos que a construção da resposta a essa questão central da tese exige que primeiro consideremos que o CAPSi pode ser pensado/implementado a partir de diferentes lugares. Enquanto proposta ele esteve atrelado, como já o localizamos, a um movimento mais amplo da Reforma Psiquiátrica brasileira, que há quase quatro décadas vem problematizando a forma como socialmente lidamos e propomos cuidar daqueles que sofrem psiquicamente. Enquanto lei, o CAPSi institucionalizou-se no formato de uma Portaria, a 336/2002 (BRASIL, 2002b) que operando na direção de mudanças na esfera legislativa, deu condições para que outras mudanças se tornassem possíveis no horizonte maior da estruturação de uma política pública de saúde mental. Naquela portaria o CAPS era destacado como ordenador/articulador/mediador de uma ampla e necessária rede de cuidados. Esse *status* se manteve à época da realização da IV CNSM – Intersetorial em 2010, quando se indicou que ele, enquanto ordenador da demanda opere

> [...] permanentemente sob fundamento intersetorial e seja capaz de agenciar, no seu território de referência, condições efetivas para que na construção da rede e nas ações de cuidado haja o envolvimento e a co-responsabilidade de todos os setores historicamente envolvidos na assistência a crianças e adolescentes: o da saúde geral/atenção básica, da educação, da assistência social, da justiça e direitos (BRASIL, 2010a, p. 92-93).

Atualmente, na dinâmica arrolada pela RAPS, proposta como modelo para organização e planejamento das ações de saúde mental a partir de 2011 pelo Ministério da Saúde, o CAPSi tal qual os outros CAPS, aparentemente foi convertido em apenas mais um serviço, mais um componente dessa complexa rede, fazendo-nos ponderar sobre a tarefa que lhe fora anteriormente designada – a de ser o (re)ordenador da demanda de saúde mental no território e agenciar um novo modo de cuidar.

Entrementes, acreditamos que o percurso até aqui trilhado nos permite olhar para o CAPSi a partir de outro lugar: pensamos o CAPSi enquanto experiência, como um novo jeito de fazer saúde mental, um jeito que emancipa. Transitando por essa afirmativa eis que encaminhamos para o final das nossas reflexões, fazendo algumas ponderações: em síntese, já assinalamos que a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico deve considerá-los sujeitos de direitos, viabilizando através das políticas públicas seu desenvolvimento potencial. A política setorial de saúde não pode fazer saúde mental sozinha e

na ânsia de garantir o acesso ao que de melhor os homens já produziram, seu mandato vai sendo revestido de um compromisso que é ético-político.

Vimos que o trabalho psicossocial necessita de outra clínica, uma clínica que seja ampliada, que coloque o sujeito como o centro do cuidado e não mais a doença. Uma clínica que é chamada ampliada, pois os sujeitos imbricados no processo, seja o usuário, o profissional e ou as instituições que ele traz consigo, precisam ter voz, precisam participar ativamente da construção do percurso e de um novo lugar a ser por eles ocupado. Para tanto, é imprescindível que se construam espaços democráticos de análise, reflexão e avaliação das práticas, espaços abertos para que se deliberem coletivamente sobre elas.

A clínica da Atenção Psicossocial se funda no entendimento de que os recursos precisam ser buscados não apenas na interioridade psíquica do indivíduo, mas, sobretudo nas possibilidades do contexto no qual ele está inserido, ou seja, na viabilização do usufruto de todos os bens da produção social. Essa premissa impetra um novo lugar ao profissional da saúde que sai do "lugar tradicional que é de imposição de uma certa lógica para transformar-se numa espécie de mediador entre comunidade e recursos da sociedade no processo de construção da saúde" como nos indicaram Gama, Campos e Ferrer (2014, p. 79-80).

A ênfase do cuidado deixa de ser a cura, para ser a invenção da saúde e a reprodução social desse usuário. E na inexistência dos recursos sociais, a luta coletiva pela sua produção e provisão é considerada estratégia fundante de um modo de cuidar realmente emancipatório. É mister que as ações de cuidado retornem ao coletivo e adentrem o território, pois como já aludimos, as ações extramuros demonstram o esforço na direção da não institucionalização do cuidado. Se o CAPSi institucionaliza o cuidado corre o risco de repetir a mesma lógica das instituições totais, não favorecendo a produção de vida e autonomia.

Não há uma receita pronta de como o cuidado deva se efetivar porque o cerne do trabalho não está nas técnicas, mas no encontro, na relação entre o trabalhador-usuário. Essa afirmativa, por sua vez, nos remete novamente perguntar: se o cerne do trabalho está nas relações, dada a complexidade do objeto – saúde mental - seria o CAPSi o melhor lugar para implementar o cuidado em saúde mental infantojuvenil? A resposta que construímos é não. Não precisa ser necessariamente no CAPSi. Mas dada a existência do CAPSi, precisa necessariamente por ele serem privilegiadas.

Dados os avanços conquistados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, poder-se supor que o CAPS já cumpriu seu papel histórico. Os tempos são outros e é chegado o momento de pluralizar modos do cuidado, ampliar modalidades de serviços e potencializar as práticas ditas antimanicomiais. Não obstante, entendemos que os CAPS's, dada sua

relevância histórica, podem e ainda carecem em muitos contextos, como o que vimos aqui analisando, preocupar-se com o processo de montagem de uma rede de cuidados, em muitos momentos ordenando a demanda e concomitantemente, angariando horizontalmente o envolvimento mais igualitário e implicado da rede intra e intersetorial.

Infelizmente, depois das reflexões enredadas por essa pesquisa vários são os indícios que nos levam a afirmar que o mandato psicossocial do CAPSi ainda não foi suplantado, não se esgotou a ponto de ser integralmente dispensado, porque a Reforma Psiquiátrica é um processo inconcluso... E, se os tempos são outros, quiçá tão logo venhamos a dizer que o CAPS no geral, e os CAPSi em particular, tornaram-se dispensáveis à medida que ajudaram na compreensão de que a tarefa de produzir cuidados em saúde mental não é exclusiva de nenhum serviço e profissional particular, mas é uma tarefa coletiva que nos lança na direção da transformação sociocultural e na luta por políticas públicas intersetoriais e de qualidade.

Desta feita, para se tornar paulatinamente dispensável, o CAPSi precisa se articular, mas também suplantar as normativas legais que o criaram e ao mesmo tempo institucionalizam seu escopo de atuação. Rememorando o ideário que antecedeu sua proposição, compreendemos que na transição do século XX para o século XXI, os CAPS foram pensados como estratégias vivas e provocativas de uma proposta de assistência realmente substitutiva. Esse processo teceu e preparou o caminho para que insistíssemos em considerar o CAPSi (e todos os CAPS) e seu papel na construção da reforma e o ideário da (re)inserção social.

Frazatto e Sawaia (2015) nos ajudam a aprofundar essa reflexão à medida que problematizam a própria definição de ‘reinserção social’. O ato de ‘reinserir’ implicaria voltar a fazer parte de um dado contexto e no campo da saúde mental pressupõe “o retorno físico e concreto de alguém que foi inicialmente retirado de onde vive e isolado em uma instituição psiquiátrica, para então, posteriormente, retornar ao seu lugar de origem” (FRAZATTO; SAWAIA, 2005, p. 1). Nesse sentido, as autoras lembram que se a proposta da Reforma Psiquiátrica é cuidar sem isolar, é preciso mais questionar em que momento e por que essa não esteve inserida e se ela não deveria ter saído de sua comunidade não haveria necessidade de reinserção. Além disso, falar em ‘reinserção’ pode entoar a impressão de que a sociedade seria um espaço harmônico e que intervindo sobre esse sujeito em sofrimento psíquico seria possível devolvê-lo à sua comunidade, redundando na dicotomia indivíduo-comunidade e no entendimento que ele é quem está desadaptado e a sociedade, em perfeito funcionamento, poderá desde que esteja mais ajustado, integrá-lo aos espaços de convívio novamente.

Essa contradição apontada pelas autoras supracitadas nos faz ponderar sobre a lógica perversa que pode estar contida em práticas de ‘pseudocuidado’ que centradas no indivíduo

pouco questionam a vida cotidiana que produz o sofrimento. No caso de crianças e adolescentes, como aludimos em outros momentos dessa tese, a inserção social em muito só é almejada se os mesmos respondem positivamente aos padrões socialmente estabelecidos de ideal de normalidade e de ser humano. Trata-se de um cuidado que não emancipa e que somente adapta.

Essas ponderações sugerem que não faz sentido tomá-lo como mais um serviço da RAPS se o sentido do seu trabalho for outro. Atravessado por potencialidades e resistências, enlaçado por numerosos desafios e fragilidades, sua razão de ser concerne justamente no exercício cotidiano de não se resumir a mais um serviço, pois sua intersecção com o ideário reformista do SUS e da Reforma Psiquiátrica o remeteria ao papel de um mediador.

Mediador da construção de redes de cuidado, que conforme afiançamos nesse trabalho, ainda são muito frágeis. Redes que precisam ser tecidas por pessoas em torno de uma causa, com vistas a atingir um objetivo comum. Para tanto, é preciso que valorizemos e invistamos não nas técnicas, mas na relação entre as pessoas de que cuja rede é composta.

Retornamos a Manuel de Barros e sobre a importância das coisas, inflexões poético-teóricas que nos ajudaram a abrir essa seção. Seguimos caminhando de braços dados com a aposta de que o que torna potencial o cuidado idealizado pela Atenção Psicossocial, precisa se materializar no cotidiano do CAPSi, e também é da ordem do imensurável: o trabalho em equipe, em rede e os efeitos produzidos a partir do encontro entre o trabalhador e o usuário, que precisa de encantamento, devolvendo e no caso de crianças e adolescentes quase sempre, ajudando a construir um outro lugar social. Esse lugar que ultraja o isolamento privilegiando o convívio social e comunitário, o livre trânsito dos sujeitos porque entende que a liberdade é terapêutica. Essa aposta, que pode até ser um *"pingo de sol"* ante a complexidade de nosso objeto, é *para nós mais importante do que o sol inteiro..."*.

6 (**IN)CONCLUSÕES SOBRE UM CAMPO EM MOVIMENTO**

Ah, homens de pensamento
Não sabereis nunca o quanto aquele humilde operário
soube naquele momento!
Naquela casa vazia que ele mesmo levantara
Um mundo novo nascia de que sequer suspeitava.
O operário emocionado olhou sua própria mão
Sua rude mão de operário, de operário em construção
E olhando bem para ela teve um segundo a impressão
De que não havia no mundo coisa que fosse mais bela.
Foi dentro da compreensão desse instante solitário
Que, tal sua construção cresceu também o operário.
Cresceu em alto e profundo em largo e no coração
E como tudo que cresce, ele não cresceu em vão ...
Vinícius de Moraes

Escolhemos, outra vez, o poema *Operário em construção*. Agora para fechar essa tese. Esse poema reflete sentimentos que ela foi capaz de produzir. Ao escrever sobre o cuidado em saúde mental infantojuvenil, inclinamo-nos a encontrar nas práticas vigentes, possíveis intersecções com a Atenção Psicossocial e o que em muitos momentos passara despercebido, foi sendo dotado de outros sentidos, de crescimento. Outrossim, confiamos que esse crescimento não será em vão. É isso: *O operário faz a coisa e a coisa faz o operário...* Fizemos ao longo da caminhada o movimento de *operário construído,* aprisionado por certezas, ao *operário em construção* que segue a questionar, a questionar a nós mesmos e ao mundo. Ao final fica a sensação de que fomos cooptados mais pelas perguntas que fomentam a procura constante por respostas, do que por respostas terminantes que cessam a inclinação ao perguntar.

Perguntar. Escrever essa tese provocou-nos o gosto de seguir a perguntar.

Ela foi desejada e escrita no compasso de inúmeras perguntas. Buscando por respostas, nos debruçamos sobre a dinâmica de um dado CAPSi, sustentados no entendimento de que ali, naquele particular, ecoariam concepções que perpassam e compõem as contradições da totalidade social. Desta feita, mesmo privilegiando o CAPSi da cidade de Maringá-PR isso não significa que nosso olhar foi para ele isolado, particularizado no sentido restrito do termo. Nesse CAPSi, acreditamos, se materializam valores em curso na nossa sociedade, valores que são produzidos e reproduzidos nas ações de cuidado à saúde mental infantojuvenil desse importante dispositivo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao olhar para o CAPSi como instância da totalidade social, fomos rebatidos pelo desafio de transitar por um campo complexo e em permanente movimento, marcado por sensos e contrassensos, avanços e retrocessos, por nexos e paradoxos de um projeto civilizador (YASUI, 2010a), que nos convida a entrar em contato com a complexidade da existência-sofrimento de sujeitos que se apresentam já na infância e adolescência sob o jugo de 'usuários dos serviços de saúde mental'.

Vimos que esse projeto, denominado Reforma Psiquiátrica, foi sendo escrito em uma conjuntura nada favorável à promoção de um cuidado emancipador como é o caso de uma sociedade tão desigual como a brasileira. O contexto social que a seu tempo tornou possível colocar em curso a construção e implementação do SUS, preparando o terreno para o nascer de uma política pública de saúde mental, concorre com concepções cristalizadas que responsabilizam os indivíduos e suas famílias pela sua condição de sofrimento, ranço de um modelo de saúde que valoriza o viés biomédico, cujo foco é a doença e para ela o dispêndio de práticas curativas e hospitalocêntricas. Aspirar um cuidado em saúde mental infantojuvenil que destoe desse modelo é insistir em remar contra a maré: avançar um metro e por vezes recuar dois na direção de um sistema de saúde, que de fato seja público, universal e equânime.

Recuperando entremeios do percurso da pesquisa, esclarecemos que este estudo nasceu com o propósito inicial de discutir se e como a intersetorialidade poderia contribuir para as ações de cuidado à saúde mental infantojuvenil. Todavia, o desenrolar do processo nos levou a considerar a intersetorialidade como mais um recurso para a garantia de um cuidado integral e ampliar nosso objetivo com vistas a compreender como têm se efetivado as ações de cuidado no CAPSi e sua intersecção com a lógica da Atenção Psicossocial.

No encalço dessa busca consideramos que era importante perguntar: Qual concepção de infância, adolescência, saúde mental norteia as ações dos profissionais que atuam na saúde mental infantojuvenil? Quem são essas crianças e adolescentes e quais demandas são endereçadas ao CAPSi? Como o CAPSi acolhe e lida com a demanda que emerge das demais políticas setoriais? Como tem sido o diálogo entre CAPSi-Rede-CAPSi? Quais potencialidades, resistências e fragilidades se destacam no processo de construção de um cuidado em saúde mental infantojuvenil que precisa ser consonante com a proposta da Atenção Psicossocial?

O contato com o campo nos apresentou concepções de infância e adolescência marcadas pelo entendimento de que haveria nesses momentos do desenvolvimento humano, uma dada incompletude e ao mesmo tempo, um certo dinamismo. A criança foi significada como um vir a ser. O adolescente, resultado do que foi essa criança. Mesmo que

naturalizados, esses momentos do desenvolvimento foram também considerados passíveis de transformação, reivindicando para certo grupo de crianças e adolescentes uma intervenção mais pontual. No interjogo dessas concepções ascendeu a compreensão de que é preciso, para que esse desenvolvimento flua, que alguém ensine, oriente, pois estar em desenvolvimento além de colocá-los na condição de aprendizagem, coloca-os em situação de vulnerabilidade.

De tal modo percebemos o quão vigora socialmente essa concepção de infância, adolescência e desenvolvimento humano, que ressoa sobre o discurso de muitos profissionais ouvidos ao longo da pesquisa a ponto de encararem que talvez o papel do CAPSi seja justamente esse: o de nortear, de orientar, principalmente a família, sobre como trabalhar para que o curso do desenvolvimento infantojuvenil se processe sem percalços.

Essas concepções vão dando contornos peculiares às práticas consideradas necessárias e gestam dialeticamente outras concepções, como aquelas que delineiam os fatores considerados constituintes da chamada 'anormalidade'. Nesse ínterim, a família voltou à cena alçada à condição de promotora do processo saúde-doença. Ao nos depararmos com essa representação, procuramos refletir sobre essa família, que como qualquer outra instituição viva, tem sua dinâmica atravessada pelas contradições sociais e pela forma como nos relacionamos e organizamos a vida em sociedade. Sem essa consideração prévia, incorremos no risco de que as relações estabelecidas entre profissionais e usuários permaneçam hierarquizadas, comprometendo a acolhida e o vínculo imprescindíveis à efetivação de um cuidado corresponsável.

Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003) já haviam pontuado que entre os aspectos fundamentais à implementação de novo modelo de atenção à saúde mental está a forma como se constituem as relações intra e interinstitucionais. No caso de crianças e adolescentes essa relação será inevitavelmente atravessada por seus pais ou por outros responsáveis que muitas vezes são porta-vozes não só das queixas e trajetórias individuais, mas das buscas errantes quando da procura por respostas e amenização do sofrimento psíquico.

Dizemos errantes porque, como revelaram Falavina e Cerqueira (2008), são inúmeras as dificuldades enfrentadas por essas famílias, que envolvem entre outras coisas, limites para a aquisição dos medicamentos indicados para o tratamento, a falta de recursos para o transporte coletivo, até o isolamento, a discriminação e as barreiras no acesso aos serviços públicos de saúde. Assim, procuramos destacar que se historicamente essa família foi sendo desvalorizada em seu saber e por vezes rechaçada na sua capacidade afetiva e protetiva, um cuidado consonante com a Atenção Psicossocial não se efetiva sem tocar nas suas reais condições de vida e sem atrelar o trabalho psicossocial às possibilidades de inclusão social. A

interlocução CAPSi-Família pode ser potente se fomentar ao mesmo tempo o engajamento na luta coletiva pela melhoria e ampliação do acesso aos bens sociais e culturais, aos equipamentos e serviços públicos.

Partindo de estratégias já implementadas pela equipe, frisamos que o fomentar espaços de interlocução apareceu como sugestão para melhoria das ações de cuidado quando da realização da 'I Assembleia de Usuários e Familiares do CAPSi' organizada pelo CAPSi enquanto fazíamos a pesquisa de campo. Aproveitar essas brechas e a partir delas criar outros espaços de interlocução e reflexão sobre o cuidado corresponsável, contextualizando as queixas aludidas e encarando essa família real, com suas particularidades, pode favorecer o acolhimento, o vínculo e em sequência, mais que a compreensão das suas fragilidades, o encontro de potencialidades.

Quando frisamos a necessidade de contextualizar toda e qualquer queixa, conhecendo as circunstâncias que as enredam, lembramos que muitas crianças e adolescentes na história da assistência no Brasil foram avaliadas e reconhecidas pelos ditos 'especialistas' de forma fragmentada e deslocada do contexto sócio-histórico que as abrigava. Essa fragmentação e deslocamento contribuíram significativamente para que a loucura/sofrimento psíquico na infância fosse convergida não só a um estado passível de (re)orientação, mas como se a existência-sofrimento em nada se relacionasse com as condições reais de vida e subsistência. À medida que se compreendia que para dar cabo do sofrimento era preciso apenas (re)orientação, os especialistas da saúde e saúde mental foram sendo autorizados a atuar individual e isoladamente sobre esses sujeitos, prenunciando poder fazer esse desenvolvimento voltar ou se manter no curso normal.

A pesquisa demonstrou que a efetivação do cuidado em saúde mental consonante com a proposta da Atenção Psicossocial é freada pela sustentação da concepção de que haveria uma lógica intrínseca, biológica e causal capaz de explicar o chamado 'transtorno mental' na infância e adolescência. Esse 'transtorno' em muitos momentos do nosso estudo pareceu ser estendido e interpretado exclusivamente como condição particular dos indivíduos, provocando muitos profissionais da rede intra e intersetorial a endereçarem ao CAPSi pedidos de ajuda semelhantes a pedidos de conserto, almejando diagnósticos psiquiátricos presumivelmente ofertados pelo CAPSi para explicarem toda ordem de prováveis 'desajustes' e 'desvios': o comportamento agressivo, o não aprender, a desatenção, o ato infracional, as questões da sexualidade...

A tendência de reduzir fenômenos e problemas multifacetados à dimensão intrínseca e psicopatológica, encontra respaldo em um saber/fazer que se mantém hegemônico, que atribui

a muitas manifestações comportamentais rótulos psiquiátricos, e entre transtornos e sintomas constituem a infância dita *anormal*. Um olhar mais geral para as queixas que compõem muitos prontuários trouxe à tona encaminhamentos por problemas de comportamento/conduta distribuídos em diversos codinomes - desde 'desobediência', até 'teimosia', 'birras' e 'falta de limites' - incorrendo no dispêndio de atenção dos profissionais do CAPSi, movidos a acolher demandas superficiais.

Nesse ponto cabe uma breve interpolação: não negamos em nenhum momento a existência do sofrimento psíquico na infância e adolescência, sofrimento que muitas vezes encontra na angústia, no medo, na mudança de humor, nos conflitos intensos, nas crises, nos comportamentos agressivos e disruptivos, formas peculiares de expressão. O que procuramos ao longo de nosso trabalho ponderar é que são tênues os parâmetros que prometem balizar e predizer dos limites razoáveis entre a normalidade e a anormalidade nas fases mais remotas da vida humana, o que por sua vez exigem de nós olhares menos apressados. Desconsiderando quão imbricada é essa questão, muitos agentes produtores das queixas interpretam como doença determinadas expressões, e enxergam o CAPSi como o lugar mais apropriado para seu tratamento.

Procuramos ressaltar que a atual Política Nacional de Saúde Mental vem propondo que as demandas de saúde mental sejam cada vez mais acolhidas e trabalhadas na Atenção Básica. À medida que os prontuários revelaram que as UBS's são as instituições que mais encaminham ao CAPSi, questionamos como tem se efetivado essa proposição. Observamos que tocamos num aspecto ainda frágil da implementação da política, uma vez que algumas ações permanecem sendo reconhecidas como naturalmente da saúde mental e o encaminhar confirmou-se como prática usual na interface Saúde Mental-Atenção Básica, sugerindo-nos a desarticulação das ações e a fragmentação dos serviços, conforme discutiram outros autores como Lucchese et al. (2009) e Delfini e Reis (2012).

Observamos que se o sofrimento em suas diferentes expressões é entendido sobremaneira como 'desajuste' e 'desvio'; a saúde mental pode ser tomada como sinônimo de adaptação social, podendo o cuidado pleiteado assumir um sentido normativo-adaptacionista: quanto mais adaptado, mais normal. É o que fomos levados a refletir quando observamos que são os meninos os mais encaminhados e as queixas/motivos de encaminhamentos que os transportam até o CAPSi respondem pelo nome genérico de 'agressividade'.

Resta-nos a inquietação e o desafio para o futuro de discutir qual a classe social pertence esse público. Para o momento, quando nos debruçamos sobre a questão da agressividade em nossas análises, rememoramos o quanto essa leitura decorre e reforça a

remota parceria psiquiatria-justiça. Desvela, como nos alertaram Jardim e Dimenstein (2007), a associação comum entre loucura à agressividade, uma leitura que responsabiliza quase sempre a criança e sua personalidade pelo provável desajuste manifesto. E, para retornar ao eixo normal, o tratamento clínico especializado, agora nos serviços de saúde mental, tem sido bastante reivindicado. Aliás, essa parece ser uma preocupação que justifica e fundamenta encaminhamentos precoces para atendimento no CAPSi, dos quais não escapam nem as crianças em tenra idade: foram mais de 200 os casos encaminhados antes dos oito (8) anos de idade, e destes, cerca de quarenta (40) encaminhados tinham menos de cinco (5) anos.

O levantamento nos prontuários apontou que a escuta superficial pode favorecer que a queixa de agressividade seja apresentada de forma descontextualizada, um forte indicativo, para aquele que encaminha, da existência de um transtorno mental mais grave. Muitos encaminhamentos desconsideram as circunstâncias que engendram sua manifestação, exigindo uma escuta qualificada e menos apressada do sofrimento apresentado por usuários e familiares que encontram no CAPSi a acolhida que poderiam/deveriam ter encontrado nos espaços percorridos e nos (des)caminhos que antecederam sua chegada até aquele dispositivo. Essa é uma potencialidade que precisa ser anotada: muitos profissionais da equipe do CAPSi se dedicam a desvelar essas queixas, questionando sua naturalização e dando visibilidade ao que não é percebido por muitos daqueles que atribuem o sentido de doença a questões que ora são próprias do desenvolvimento do sujeito, ora são constitutivas do seu sofrimento.

Quando o sofrimento psíquico é interpretado acima de tudo como manifestação de problemas intrínsecos, explica-se em partes também o privilégio da busca por angariar recursos e respostas na interioridade psíquica, a organização dos serviços em torno de consultas e da terapia medicamentosa, recingindo a lógica ambulatorial que ainda demarca essencialmente as ações de muitos CAPS's. Do mesmo modo, essa lógica se expressa na ênfase dada a recursos como a psicoterapia individual e consultas psiquiátricas, que muitas vezes aprisiona os profissionais em suas agendas pessoais, em detrimento das intervenções sobre questões institucionais, ou ainda, das práticas grupais e das ações extramuros que redundam na interlocução com outros atores e recursos dispostos na rede, que fortalecem os vínculos sociais e comunitários.

Partindo dessa premissa, uma das análises enredadas pela pesquisa diz respeito aos casos de tentativa de suicídio, bem como os de sua ideação. Os prontuários inativos bem como os ativos trouxeram dados dessas queixas que corroboram a preocupação compartilhada de que estamos diante de um grave problema de saúde pública. Ao voltarmos a atenção para as condutas decorrentes do contato com essa demanda, observamos eventos em que o usuário

por motivos vários (mudança de cidade, inserção no mercado de trabalho, gravidez, entre outros) não prosseguiu com o tratamento ofertado pelo CAPSi. Em alguns destes casos de 'não adesão', a tentativa de comunicação com o usuário ou sua família foi feita via telefonema, indicando-nos com tal procedimento que seria importante que a equipe também se deslocasse até o território de origem desse usuário, conhecendo nuances dos casos, exigência de um cuidado corresponsável. Para alguns que permaneceram em avaliação houve a indicação de psicoterapia individual e/ou atendimento psiquiátrico, enquanto para outros foi feita contrarreferência para tratamento psicoterápico e acompanhamento da equipe da Atenção Básica. Assim, anotamos que dada a aparente gravidade desses casos, seria importante que as ações de saúde mental intercalassem momentos de atenção individual à inserção e resgate de espaços de trocas coletivas orientados pela análise da multideterminação do fenômeno do suicídio.

A queixa escolar foi outra tomada como decorrente de causas intimistas. E o detalhe é que ela tem chegado ao CAPSi não só pelas mãos da escola, mas imbricadas à outras queixas advindas das UBS's, Conselho Tutelar e até da Justiça. No que tange à instituição escola, esta apareceu no curso da pesquisa mais uma vez como protagonista do processo. Mas infelizmente não se trata de um protagonismo que possa ser proclamado como inclusivo, nem implicado já que a escola é uma instituição fundamental no processo de cuidado da criança ou adolescente (no acolhimento, na elaboração do PTS, na execução das ações terapêuticas, entre outros). O diálogo Saúde Mental-Educação apontado como basilar não resguarda característica de troca, de debate, de movimento e transformação das práticas cristalizadas.

Reiterando a pesquisa realizada por Beltrame (2010) em um outro CAPSi do estado do Paraná, na busca por solucionar os conflitos produzidos no contexto escolar, espera-se encontrar respaldo atualmente nos diagnósticos formulados por profissionais do CAPSi para práticas de medicalização. Antes nas UBS's, agora no CAPSi, testemunhamos o avanço do processo de biologização e medicalização dos comportamentos infantis, expresso no aumento pela procura dos serviços de saúde mental para tratamento e alívios contundentes para as queixas que em grande parte são originadas no contexto escolar. E, nesse mesmo sentido, o TDAH e/ou os sintomas que lhes são correlatos como a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, mantiveram-se também entre os principais motivos de encaminhamento ao CAPSi, autorizando e por vezes, exigindo dos profissionais da saúde mental, o diagnóstico de um transtorno, reiterando crédito ao tratamento neuroquímico, a prescrição descomedida de psicotrópicos àquelas crianças que se encontram em idade escolar.

Acreditamos que o enfrentamento aos recorrentes encaminhamentos das queixas escolares aos serviços de saúde e saúde mental passa necessariamente pelo investimento na qualidade da educação pública que incidirá diretamente sobre os aspectos estruturais e funcionais produtores das queixas e do fracasso escolar. Na prática cotidiana, pleiteia-se que as queixas que de alguma forma se relacionem com o processo de escolarização, sejam despatologizadas, não psicologizadas. A avaliação dessas queixas precisa ser interdisciplinar, precisa dar voz às várias versões envoltas no 'problema', considerando essa criança na sua integralidade. Precisam ser analisadas criticamente e problematizadas conjuntamente, não só pelos profissionais da educação mas igualmente pelos da saúde. Para tanto, há que existir disposição para se compreender a complexidade da vida escolar e o deslocamento do olhar daquilo que responde e chega ao CAPSi com o nome de 'problema' ou 'dificuldade de aprendizagem', para o processo de escolarização.

Estando o sistema da Justiça entre as instituições produtoras de demandas, as análises enredadas pela pesquisa mostraram que nos encaminhamentos realizados pelo CENSE, a queixa de uso/envolvimento com substâncias psicoativas concerne à maioria, representando 84% dos casos encaminhados de adolescentes autores de ato infracional ao CAPSi. Mais uma vez, reitera-se a busca por intervenções individuais: dos dezenove (19) encaminhamentos realizados pelo CENSE, treze (13) passam apenas por atendimento ambulatorial – consulta psiquiátrica e aquisição de medicamentos, levando-nos a ponderar sobre aquilo que vem sendo denominado de 'psiquiatrização do ato infracional'. Anotamos que o aumento significativo do encaminhamento de casos de roubos e furtos, arrolados ao uso de substâncias psicoativas, para o atendimento na saúde mental e a procura pela administração de psicotrópicos, denuncia a seu modo, a busca pelo controle químico dos comportamentos. Uma busca que por sua vez se sustenta na hipótese de uma relação presumida entre os chamados transtornos mentais e a criminalidade infantojuvenil.

Entrementes, a associação transtorno mental-criminalidade ampara o processo de judicialização da assistência em saúde mental, pois ao resumir fenômenos tão complexos como a violência/criminalidade e o uso de substâncias psicoativas à dimensão individual, respondendo pela insígnia de patologia, interna-se, imputa-se tratamento psicológico e/ou psiquiátrico à revelia do desejo do sujeito, fadando ao fracasso uma medida que se propunha ser terapêutica e que no curso da pesquisa foi problematizada também pelos profissionais do CAPSi.

A essa leitura individualizante dos fenômenos contrapõe-se a Atenção Psicossocial, que construída no bojo da Reforma Psiquiátrica, impetra outro lugar para a infância e

adolescência: um lugar que se propõe não ser mais o da tutela, da prostração e do isolamento, considerando-os na condição de sujeitos de direitos. Impetra outra concepção de saúde mental, considerando-a não como um estado, mas como um processo multifacetado que envolve a capacidade de criar, de enfrentar a realidade, de transformá-la e de produzir-se como sujeito. Uma produção que não se faz solitária, mas na espreita dos encontros oportunizados pela vida e nos muitos construídos ao longo da vida. Nas escolhas, na troca de afetos e de mensagens. Uma produção que incorre nas condições de fazer uma (re)leitura de si e do mundo, de (re)posicionar-se subjetiva, cultural, política e socialmente.

A partir dessa concepção de saúde mental o protagonismo das práticas de cuidado é delegado ao convívio, às relações, ao fazer coletivo em detrimento das técnicas e dos procedimentos biomédicos. Essa concepção sugere a redefinição do objetivo das ações de cuidado, que ao invés da cura, propõe o acesso às variadas formas de produção de vida. Cuidar, como lembra Yasui (2010), é um processo de montagem, de construção de projetos de vida. Considerar o cuidado em saúde mental como um processo de montagem torna os CAPS, como lembra Hirdes (2009, p. 304) em "lugares de passagem" pois se não o forem "[...] a tendência dos novos serviços que trabalham no contexto da reforma psiquiátrica poderá encaminhar-se para a institucionalização". Para não se converterem em novas formas de institucionalização, lembra a autora, os profissionais da saúde e saúde mental, bem como seus gestores, precisam estar instrumentalizados e preocupados com o teor e a qualidade das ações que desenvolvem.

Preocupados se tais ações possuem caráter emancipador, defendemos ao longo dessa tese que o cerne do trabalho psicossocial seria relacional e assentados nessa premissa, nos perguntamos muitas vezes se as ações de cuidado em saúde mental infantojuvenil precisariam ser/acontecer necessariamente no CAPSi... Com o percurso traçado na pesquisa aludimos que não. Mas quando da sua existência, precisa ser necessariamente primado no fazer desse dispositivo da saúde mental.

Essa discussão desprendida, por si, traz de volta à cena o debate sobre a clínica pleiteada pela Atenção Psicossocial. Qual a clínica possível no CAPSi? Aqui reificamos que a Atenção Psicossocial demanda uma clínica integral, territorializada, inter e transdisciplinar. Uma clínica "voltada para o sujeito e seu contexto sociocultural, centrada na interlocução e no livre trânsito do usuário em seu território, buscando a sua singularização e, consequentemente, a produção e o usufruto de todos os bens da produção social" (LUZIO, 2011, p. 164).

Nesta clínica, como já destacamos, os recursos devem ser buscados não apenas na interioridade psíquica do sujeito, mas, sobretudo nas possibilidades do contexto no qual ele

está inserido. Que contexto é esse? Quais recursos são potentes e quais são dificultadores? Produzem saúde ou agravam o processo de adoecer? Guiados por essas questões a prática psicossocial pede passagem para uma clínica que esteja associada à dimensão política. Assim, observa Yasui (2010b), quando se propõe que o objetivo do cuidado é favorecer o usufruto do contexto, outro desafio vai se impondo: o de "criar outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território da cidade".

Essas ponderações nos remeteram a pensar sobre o trabalho intersetorial. Este trabalho que precisa avançar para o território e estar articulado em uma rede, percebemos que compõe o rol de fragilidades das ações de cuidado em saúde mental infantojuvenil em Maringá-PR. Não porque faltem serviços e programas, pois como expusemos, há uma variedade de equipamentos e serviços governamentais e não governamentais dispostos no município. A fragilidade concerne à tessitura da rede, cuja articulação não conflui em objetivos comuns e estratégias de cuidado diversificadas.

Num círculo vicioso, a rede não acolhe e encaminha se desresponsabilizando – o CAPSi se ensimesma – a rede o acusa de seletivo, e assim por diante... Essas posturas contribuem para que o CAPSi enfrente dificuldades para desenvolver ações extramuros, fazer parcerias, sair para o território e coabitar o espaço afora do serviço sem ser acusado de invasão ou de prepotência. Assim, como um serviço que se propõe de fato ser substitutivo faz intersecção com o modo de Atenção Psicossocial sem que seus usuários se apropriem e se beneficiem do que há desse território?

Não é fácil superar a lógica ambulatorial. Reconhecemos que o encontro da equipe com o território produzirá tensões e questionamentos acerca dos saberes e das práticas vigentes ao contrapô-los a outras visões de mundo, como pontuou Luzio (2010). Todavia, ao habitar esse território, com suas dimensões pessoais e institucionais, limites se inscrevem, mas inúmeras outras possibilidades se abrem, favorecendo que as transformações necessárias no campo da saúde mental ressoem socioculturalmente.

O trabalho em rede e intersetorial é um desafio pujante para uma prática psicossocial que faça sentido. A rede coloca o CAPSi no lugar do especialista e encarrega sua equipe do saber supostamente autorizado a dizer dos supostos problemas de saúde mental das crianças e dos adolescentes. Por outro lado, esse lugar, é preciso que se diga, é bastante sedutor e, dialeticamente, notamos que ainda é frágil a capacidade de enfrentamento a essa concepção. A pesquisa nos levou a observar que para que esse trabalho intra e intersetorial seja construído é preciso descontruir esse lugar ocupado pelo CAPSi no imaginário social.

Alguns espaços podem, mesmo aparentando ser democráticos, reforçar especialismos, corroborar jogos de poderes, coadunar posturas de sujeição que avistem o CAPSi como aquele que no trato com a saúde mental deve convocar e ensinar os quem não sabem. É preciso agenciar espaços institucionais e políticos de interlocução mais horizontalizados, que (re)signifiquem as concepções de cuidado e sofrimento psíquico, ampliem as relações e viabilizem pontes de acesso aos mais variados recursos, bens e serviços, e na ausência destes, fomentem a (re)construção de canais de organização e reivindicação coletiva.

Assim, consideramos que no encontro com os diferentes agentes da rede intra e intersetorial em espaços já instituídos (no Apoio Matricial, nos encontros para estudos de caso, na elaboração do PTS, entre outros) as discussões precisam extrapolar as histórias individuais e fomentar reflexões acerca da rede de relações desses sujeitos, que permitam perguntar: *quem é mesmo sujeito? De onde ele veio? Quem faz parte do seu universo relacional? Em sua trajetória, quais potências, oportunidades e fragilidades compuseram seu caminhar? Como podemos construir uma prática emancipatória a partir da sua comunidade*? Aos poucos esses encontros poderão se desdobrar em oportunidades para a invenção de um trabalho mais participativo e cooperativo, valorizando saberes, sabores e dissabores, fortalecendo o compromisso mútuo e a circulação palavra. Encontros que tomem a queixa que os une apenas como ponto de partida e que por isso solicita a compreensão das circunstâncias que a engendra e a (re)leitura das histórias não documentadas nos prontuários e nos encaminhamentos que congregam sempre dimensões relacionais e institucionais.

Se a queixa deve ser entendida como ponto de partida, o absenteísmo não pode ser tomado como ponto final. A 'não adesão' como desfecho para muitos casos encaminhados, precisa ser rebatida, contraposta com as histórias que não estão registradas, publicizadas nos prontuários. Ensaiando adentrar esse debate, discutimos que o absenteísmo nos ajuda a pensar a questão vínculo e da responsabilização que o serviço e a rede têm sido capazes de produzir. Além disso, supomos que ele se relaciona com a questão da territorialidade, princípio fundante do SUS e da Atenção Psicossocial, não considerado quando da instalação do CAPSi no espaço geográfico que hoje abriga todos os CAPS's do município, compondo o nominado 'Complexo de Saúde Mental'. Por fim, problematizamos que o absenteísmo poderia se relacionar também com os encaminhamentos feitos à revelia dos sujeitos, que se deparam com a indicação de tratamento mental em um serviço que para muitos seria restrito aos 'loucos'.

Vimos que os profissionais reconhecem que o dispositivo do qual são parte constituintes, que nasceu para ofertar cuidados em saúde mental àquelas crianças e

adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente, não tem respondido a esse desígnio. Poucos são os encaminhamentos que remetem a casos graves comparados aos que chegam por queixas relacionadas a problemas de comportamento/conduta e inadaptação. Não que essas não causem/expressem sofrimento, mas como já discutimos, elas no solicitam outras frentes de análise e de ação. Quando durante um Grupo de Discussão (GD) questionamos a ausência de casos graves de sofrimento psíquico fomos interpolados por um dos profissionais com a pergunta: *"não temos esses casos graves" "...nossa realidade é essa [...]. Então a gente deve fechar as portas?"* Na busca por uma resposta a essa questão provocativa e ao mesmo tempo instigadora, fomos por outra questão atravessados: esses casos graves não existem? Se eles existem, por que não chegam ao CAPSi? Por que o CAPSi deles não se dá conta? Responder a essas questões e seus enviesamentos, apontam, a nosso ver, razões suficientes para o CAPSi continuar a existir.

O trabalho em equipe, o gosto por estar juntos e as aprendizagens decorrentes dessa estada foram apresentados pelos profissionais do CAPSi como ganhos imensuráveis na recente história de sua existência. O aprender a trabalhar em equipe foi apontado como processo e exercício diário deveras desafiante. A partir desse reconhecimento sugerimos que, se há o desejo de que as ações do CAPSi ocorram em consonância com a proposta da Atenção Psicossocial, essa equipe precisa ser/estar capacitada, valorizada e fortalecida.

Uma possibilidade envolveria a ampliação do espaço conquistado no arranjo institucional e que tem facilitado o desenvolvimento desse sentido de equipe: os encontros diários de trocas quando as duas equipes multiprofissionais compartilham, estreitam o diálogo e tomam decisões. É no interjogo cotidiano que é possível (re)significar o que é ser um trabalhador da saúde mental infantojuvenil em um serviço substitutivo e como lidar com uma expectativa que é social e cujo rebatimento manifesta-se no anseio de que o CAPSi funcione na perspectiva do reparo e do ajustamento. Em outras palavras, esse espaço institucional precisa ser ampliado e dar brechas para que o trabalho seja colocado em análise. Outra possibilidade potente há tempos identificada e poderia ser implantada seria a supervisão clínico-institucional, que acresceria ao processo e extrapolaria a orientação técnica, contribuiria para o aperfeiçoamento da gestão fomentando a cogestão e sobretudo, trabalharia tensionamentos produzidos pelo processo de trabalho, auxiliando nas discussões sobre as práticas cristalizadas, a relação da equipe e dessa equipe com o território.

No campo técnico-assistencial sabemos que a formação profissional e a educação permanente podem mediar, somar na difícil tarefa de construir um trabalho consonante com a proposta da Atenção Psicossocial. Sabemos que a formação profissional tem negligenciado e

por vezes, feito um desserviço ao movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Recordamo-nos de uma pesquisa de iniciação científica orientada recentemente por nós, que se debruçou sobre currículos de cursos de Psicologia com o objetivo de responder se a formação acadêmica dos profissionais psicólogos tem contribuído para a construção da lógica da Atenção Psicossocial. Concluímos que além da produção acadêmico-científica sobre o tema ser bastante escassa, também o ideário da Reforma Psiquiátrica e a proposta da Atenção Psicossocial passam quase que inadvertidos na formação do psicólogo. Em muitos cursos esses temas aparecem nas disciplinas de forma paralela e ou apenas secundária, sendo poucas as instituições que oportunizam estágios nos serviços substitutivos da rede de saúde mental.

Já quando adentramos o terreno da educação permanente, aquela que precisa acontecer quando o trabalho está em curso, entendemos que essa precisa ser sustentada não no discurso da incompetência, mas vislumbrando em seus objetivos e metas a integração da equipe e da rede, a socialização, o aprimoramento do diálogo e do trabalho coletivo. O processo de educação permanente dos trabalhadores da Saúde ao ampliar as trocas de vivências e experiências pode contribuir para o (re)significar das práticas se redundar no movimento ação-reflexão-ação.

Tal qual observam Ceccim e Feuerwerker (2004, 43) a Educação Permanente em Saúde[99] deve ir além da atualização de conhecimentos e se desenvolver a partir da reflexão sobre o próprio processo de trabalho com vistas à transformação das práticas profissionais, bem como da sua organização, problematizando, sobretudo, "a capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações". Nessa perspectiva, segundo tais autores, a Educação Permanente em Saúde coloca o processo de trabalho em análise e precisa integrar o quadrilátero ensino, gestão, atenção e controle social.

Logo, a alardeada 'capacitação das equipes de saúde' vai além do ensinamento de técnicas e receitas. O CAPSi enquanto espaço institucional e de mediação social, pensado na sua totalidade, solicita que seu trabalhador constitua-se como um investigador dos fenômenos com os quais trabalha, refletindo criticamente sobre as queixas, o sistema de saúde e o contexto social que ampara sua prática. Enfim, estamos levantando aqui a defesa de que os espaços de educação/formação provoquem o questionamento acerca da dissociação entre a

[99] A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída em 2004 através da Portaria 198 como uma estratégia do SUS para a formação de seus trabalhadores. Para continuar esse debate sugerimos a leitura de Ceccim (2005).

gestão e a atenção, e que o trabalhador da saúde se reconheça não só como um simples executor da política.

Ademais, acreditamos que a capacitação profissional nos seus moldes tradicionais por si e isoladamente não pode dar conta da complexidade do cuidado em saúde mental idealizado para substituir e de fato romper com o paradigma psiquiátrico. Fazemos essa ressalva porque, como asseverou Burali (2014), diante de tantos entraves que emperram a lógica psicossocial, a materialização deste projeto reformista não deve ser delegada como tarefa exclusiva dos trabalhadores. Para além da defesa de um trabalho-militância, que requer empenho pessoal e individual, que sem dúvidas é importante, precisamos considerar que tratamos de uma política pública que para ser efetiva depende de planejamento e vontade política e por conseguinte, de investimentos públicos.

Esse investimento, ou melhor, a falta dele, tem beneficiado o cultivo de uma dada demanda para o CAPSi, tornando-o, em alguns momentos e lugares, suplantado enquanto arranjo institucional. Ao entrar em contato com esse campo percebemos que as políticas públicas quanto menos preocupadas com a integralidade do cuidado, pouco toleram as diversidades e as adversidades humanas, quanto mais fogem do propósito de garantir o acesso aos bens materiais e culturais, mais expropriam crianças e adolescentes de suas reais condições de desenvolvimento e existência digna. Essa expropriação tem produzido demanda para o CAPSi e à medida em que o Estado se desresponsabiliza, coloca à margem os considerados desajustados, redundando em práticas de exclusão mesmo prometendo (re)inserção social.

Em muitos momentos desse trabalho ficou para nós a evidente a tensão entre a construção de um cuidado consonante com a Atenção Psicossocial e a resistência do modelo psiquiátrico. Para que o CAPSi seja potente, rompa com as resistências e supere as fragilidades precisa estar revestido do ideário alçado pela bandeira de que a liberdade é terapêutica e que é no ser/estar com o outro que o sofrimento vai sendo significado, e pode em sequência, ser ressignificado. Para que o CAPSi seja potente, rompa com as resistências e supere as fragilidades não pode se converter em mais um serviço, assentado em técnicas, consultas especializadas, distribuição de medicamentos. Para que o CAPSi seja potente, rompa com as resistências e supere as fragilidades há que existir a conjugação de esforços mútuos, de articulação intersetorial, de transformações macro e microssociais, pois ele ao mesmo tempo é produto e produtor do que está posto. Ele pode contribuir para a superação da lógica manicomial num movimento dialético de transformação da realidade e de si mesmo,

caso contrário, talvez seja hora de pensar outros arranjos institucionais e políticos para a criança e o adolescente em sofrimento psíquico.

Ao finalizarmos essa tese resta-nos um sentimento de não conclusão. A Reforma Psiquiátrica é um processo inconcluso e por isso é compreensível que o mandato do CAPSi também não tenha se esgotado. Por outro lado, ao ponderarmos que diante do sofrimento psíquico nenhum saber/fazer tem sido capaz de isoladamente responder e dar conta da sua complexidade, exige-nos um olhar que considere as multideterminações do processo de adoecer e nos coloca ante a necessidade de prosseguir no caminhar.

Adentramos um campo em movimento e por isso muito do que aqui procuramos problematizar talvez já tenha sido sobrepujado, transformado ou esteja em curso no fazer cotidiano do CAPSi. Doravante, as transformações possíveis e identificadas nesse campo nos informam do compromisso ético-político com a luta por sociedade mais justa e democrática. Que nossas reflexões possam se somar ética e politicamente a tantas outras, contribuindo para o publicizar dos atravessamentos, impasses e possibilidades do fazer saúde mental em consonância com o SUS e sem perder de vista seu ideário socializador. Tal qual sonhou Martín-Baró (1996, p. 23) que o saber que ora buscamos produzir

> [...] seja colocado a serviço da construção de uma sociedade em que o bem-estar dos menos não se faça sobre o mal-estar dos mais, em que a realização de alguns não requeira a negação dos outros, em que o interesse de poucos não exija a desumanização de todos.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina**: desafios para políticas públicas. Brasília, DF: UNESCO: BID, 2002.

ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G.; COIMBRA, M. A. **Política social e combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

ABRÃO, J. F. As Origens da Psicanálise de Crianças no Brasil: entre a Educação e a Medicina. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 423-432, jul./set. 2009.

AGÊNCIA ESTADUAL DE NOTÍCIAS. **Secretário inaugura ala para adolescentes em Hospital Psiquiátrico de Maringá.** Publicado em 4 abr. 2008. Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=36527. Acesso em: 2 mar. 2011.

AGUIAR, W. M. J.; BOCK, A. M. B.; OZELLA, S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: BOCK, A.; GONÇALVES, M. G.; FURTADO, O. (Org.). **Adolescências construídas:** a visão da psicologia sócio-histórica. São Paulo: Cortez, 2002. p. 129-140.

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.

AJURIAGUERRA, J de. **Manual de Psiquiatria Infantil.** Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1980.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: a Trajetória Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: _____ (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p.45-66.

_____. Saúde Mental, Territórios e Fronteiras. In: _____. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 15-20.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ANTUNES, M. A. M. Materialismo histórico-dialético: fundamentos para a pesquisa em história da Psicologia. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F. **Método Histórico-Social na Psicologia Social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005. p. 105-117.

ARANTES, E. M. de M. Rostos de crianças no Brasil. In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (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: Editora Universitária Santa Úrsula, AMAIS Livraria e Editora, 1995. p.169-220.

ARBEX, D. **O Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editora, 2013.

ARIÈS, F. **História Social da Criança e da Família.** Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. 5 milhões de crianças têm distúrbio mental no país. Publicado em 23 out. 2008. Disponível em: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/noticia.asp?codigo=255>. Acesso em: 25 fev. 2011.

BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. Os Diferentes Sentidos do Cuidado: Considerações sobre a Atenção em Saúde Mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 444-50, 2010.

BARRETO, A. H. de L. **O Cemitério dos Vivos**: memórias**.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1956.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. de; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 815-819, 2007. Edição Especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2014.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BELTRAME, M. M. **Infância e Saúde Mental**: reflexões sobre a dinâmica de um CAPSi. 2010. 251 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

BENETTI, S. P. C. et al. Adolescência e Saúde Mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/02.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2011.

BENEVIDES, R. A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2013.

BILAC, O. No Hospício Nacional. **Kosmos. Revista Artística, Scientifica e Litteraria**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 309-315, 1905.

BLIKSTEIN, F. **Destinos de Crianças:** estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico. 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.

BOARINI, M. L. **Unidades Básicas de Saúde**: uma extensão da escola pública? 1993.225 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

_____. (Org.). **Higiene e Raça como Projetos:** higienismo e eugenismo no Brasil. Maringá: Eduem, 2003.

BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. **Estudos de Psicologia**, Maringá, v. 3, n. 1. p. 83-108, 1998.

BOCK, A. M. B. As influências do Barão de Münchhausen na Psicologia da Educação. In: TANAMACHI, E. de R.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. L.da (Org.). **Psicologia e educação**: desafios teórico-práticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 11-34.

_____. A Perspectiva Sócio-Histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da Formação do Ser Humano: a adolescência em questão. **Cadernos CEDES,** Campinas, v. 24, n. 62, p. 26-43, abr. 2004.

BOCK, A. M. B. A Prática Profissional em Psicologia Sócio-Histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. da G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica:** uma perspectiva crítica em psicologia. São Paulo: Cortez, 2001.

BONADIO, R. A. A. **Problemas de Atenção:** Implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica. 2013. 253 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.

BORGES, R. F. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção Básica à Saúde:** desafios e possibilidades. 2012. 212f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF: 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/L8069.htm >. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social** – LOAS. Lei 8742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. **Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução 196/96 – CNS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336/GM/MS** de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde mental 1990-2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. **Saúde Mental no SUS:** os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: MEC, 2004b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Política Nacional de Assistência Social.** Brasília, DF: MDSCF, 2004c. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/politica-e-nobs/pnas.pdf/download>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: **a** Clínica Ampliada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, DF: MEC/ SEESP, 2008. Disponível em: <http://www.peei.mec.gov.br/arquivos/politica_nacional_educacao_especial.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/boneca_relatorio_final_IVcnsmi_cns_apos_inclusao_residente.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279** de 30 de Dezembro de 2010 - Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, v. 8, n. 6. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf. Acesso em: 28 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088**, de 23 de Dezembro de 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). **Levantamento Anual dos/as Adolescentes em Conflito com a Lei – 2012**. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013b. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/pdf/levantamento-sinase-2012>. Acesso em: 24 mar. 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). **Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo**: Diretrizes e Eixos Operativos para o SINASE. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013c. 39 p. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/pdf/plano-nacional-de-atendimento-socioeducativo-diretrizes-e-eixos-operativos-para-o-sinase>. Acesso em: 24 mar. 2015.

BRUM, E. Acordei Doente Mental. **Revista Época**, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/05/acordei-doente-mental.html>. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. Como se fabricam crianças loucas. **El Pais**, 2014. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2014/03/17/opinion/1395072236_094434.html>. Acesso em: 19 mar. 2014.

BURALI, M. A. de M. **O Trabalhador de Saúde mental:** complexidades e paradoxos no cotidiano de trabalho em um CAPS. 2014. 260 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

CALDAS, M. A Clinica de Euphrenia. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 2, p. 65-80, 1932.

CALLEJO, G. J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. **Rev. Esp. Salud Publica**, Madrid, n. 5, v.76, p. 409-422, 2002. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/colabora3.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro. Editora Forense Universitária. 2000.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Cienc. Saúde Colet**., Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2014

_____. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Cienc. Saúde Colet**., Rio de Janeiro, v.12, supl., p.1865-74, 2007.

_____. Para tirar o SUS da UTI. **O Estado de S. Paulo.** 4 ago. 2013.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. de S.; CUNHA, G. T. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-70, 2011.

CAMPOS, G. W. de S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 18, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, R. T. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate***,* São Paulo, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

CASTELETTO, H. S. Evolução dos Homicídios na Região Metropolitana de Maringá. **Geoingá: Revista do Programa de Pós-graduação em Geografia**, Maringá, v.4, n. 1, p. 28-47, 2012.

CASTRO, M. G. B. Noção de criança e infância: diálogos, reflexões, interlocuções. In: CONGRESSO DE LEITURA DO BRASIL, 16., 2007, Campinas. **Anais**... 2007. Disponível em: <http://www.alb.com.br/anais16/sem13pdf/sm13ss04_02.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

CASTRO, A. L. de; GUARESCHI, P. A. Adolescentes autores de atos infracionais: processos de exclusão e formas de subjetivação. **Revista de Psicologia Política**, São Paulo, v. 7, n. 13, 2007. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/viewarticle.php?id=28&layout=html>. Acesso em: 20 jun. 2012.

CAVALCANTE, L. I. C.; MAGALHAES, C. M. C.; PONTES, F. A. Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. **Aletheia**, Canoas, n. 25, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2015.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.

CIESPI. Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância. Código de Menores. Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927. 2008. Disponível em: <http://www.ciespi.org.br/base_legis/baselegis_view.php?id=76>. Acesso em: 12 jun. 2008.

CLEMENTE, I. Do velho oeste ao paraíso. **Época**, Rio de Janeiro: Globo, n. 359, p.74-82, 4 abr. 2005.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. **Cadernos CEDES**, Campinas, n. 28, p. 31-48, 1992.

_____. **Preconceitos no cotidiano escolar:** ensino e medicalização. São Paulo: Cortez/FE-FCM-UNICAMP, 1996.

_____. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 71-110.

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – CMDCA. **Plano Decenal Municipal de Atendimento Socioeducativo 2014-2023.** Maringá: Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2014. Disponível em: <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/05f1c68127c7.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2015

CNJ. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Brasil tem mais de 30 mil crianças e adolescentes vivendo em abrigos.** Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/14360-brasil-tem-mais-de-30-mil-crianças-e-adolescentes-vivendo-em-abrigos>. Acesso em: 27 maio 2014.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: Situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2011.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, A. C.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 13-45.

CRUZ, L.; GUARESCHI, N. Sobre a psicologia no contexto da infância: da psicopatologização à inserção política. **Aletheia**, Canoas, n. 20, p. 77-90, jul./dez 2004.

CUNHA, A. C. M. **Da crise normal ao risco**: produções da adolescência nos cenários da saúde mental no Brasil. 2014. 127f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

CUNHA, G. T. **A construção da Clínica Ampliada**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DEL PRIORE, M. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999.

DELFINI, P. S. de S. et al. O. A. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil da grande São Paulo. Brasil. **Revista bras. crescimento e desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009. Disponível em: <http://www.revista usp.sibi.usp.br/pdf/rbsdh/v19n2/04.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2011.

DELFINI, P. S. de S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na *práxis*. Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 6, n. 1, p.60-79, 2007.

DERBLI, M. Uma breve história das revisões do DSM. **ComCiência**, Campinas, n. 26, mar. 2011. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2014.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social; uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas: Instituto de Economia, UNICAMP, 1998. p. 19-29.

DIAS, B. T. Breve história da criança brasileira: colônia e império. **MagisCulturaMineira**, Belo Horizonte, n. 5, mar. 2011. Disponível em: <https://www.amagis.com.br/home/images/ stories /site/Abril_2011/revista%20amagis%205_layout%201.pdf#page=17>. Acesso em: 13 abr. 2013.

DOMBI-BARBOSA, C. et al. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) do estado de São Paulo. **Revista bras. crescimento e desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 262-268, 2009. Disponível em: <http://www.revistausp.sibi.usp.br/pdf/rdcdh/v19n2/07.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2011.

EIDT, N. M. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**: diagnóstico ou rotulação? 2004. 216f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2004.

ELIA, L. A rede da atenção na Saúde Mental: articulações entre CAPS e ambulatórios. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 49-61.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão**: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ENGELS, F (1884). **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

FALAVINA, O. P.; CERQUEIRA, M. B. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 34-46, 2008. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espaçoparasaude/v10n1/Artigo%205%20-%20referente%20ao%2070-2008.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2011.

FEFFERMANN, M. Crianças e adolescentes na vigência de um 'estado penal'. **Consulex. Revista Jurídica**, Brasília, DF, v. 15, n. 352, p. 34-35, set. 2011. Disponível em: <http://www.promenino.org.br/portals/0/biblioteca/pdf/marisa%20fefferman.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

FERREIRA NETO, F. J. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 110-118, 2008.

_____. O Psicólogo no SUS: dos impasses e das possibilidades. In: FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, Políticas Públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011. p. 97-129.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online], v. 24, n. 1, p. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 mar. 2014.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 14, p. 50-59, 2005.

FOUCAULT, M. **Os anormais**: Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção Imaginária da Demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ - ABRASCO, 2005. p.181-94.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é Loucura.** 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FRAZATTO, C. F. **O hospital psiquiátrico e o "voltar para casa"**: interstícios deste caminho. 2011.184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

FRAZATTO, C. F.; SAWAIA, B. B. As (im)possibilidades de "reinserção social" no contexto da saúde mental. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA, 4., 2015. **Anais...** Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2015.

FREITAS, M. T. A. A Abordagem Sócio-Histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.116, p.20-39, jul., 2002.

FREITAS, M. C.; KUHLMANN JÚNIOR., M. (Org.). **Os intelectuais na história da infância.** São Paulo: Cortez, 2002.

GAMA, C. A. P. da; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 17, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-471420140001000 06&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abr. 2014.

GOFFMAN, E. (1961). **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, R. V. **Pobreza (não) é motivo de acolhimento**: crianças e adolescentes acolhidos (as) nas instituições fiscalizadas pela Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal. 2014. 71 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

GONÇALVES, M. G. M. O método de pesquisa materialista histórico e dialético. In: ABRANTES A. A.; SILVA N. R.; MARTINS S. T. F (Org.). **Método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis: Vozes; 2005. p. 86-104.

GONÇALVES, V. T. V. **O artifício do natural**: ensaio sobre a naturalização do histórico nas teorias pedagógicas contemporâneas. 1986. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1986.

GUERRA, A. M. C. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psychê** [online], v. 9, n. 15, p. 139-154, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/ v9n15/v9n15a11.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

HILLESHEIM, B.; GUARESCHI, N. M. de F. De que infância nos fala a psicologia do desenvolvimento? Algumas reflexões. **Psicol. educ.** [online], n. 25, p. 75-92, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n25/v25a05.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

HIRDES A. Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 9-17, jan./dez. 2008.

_____. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

HOBSBAWN, E. **Sobre a história**. São Paulo: Cia da Letras, 1998.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil**. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, 2008. Disponível em: <www.scielosp. org/scielo.php?pid=S010211X2008000300017&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 3 mar. 2011.

ILLICH, I. **A expropriação da Saúde**: mêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil os Municípios Brasileiros 2009, 2010. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home>. Acesso em: 6 maio 2014.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social de Maringá. **Caderno Estatístico Município de Maringá**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/ cadernos/Montapdf.php?Municipio=87000>. Acesso em: 29 ago. 2014.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Interface entre a saúde mental e a justiça: desconstruções e problematizações sobre o "louco perigoso". **Veredas do Direito**, Belo Horizonte. v. 4, n. 8, p. 51-64, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.domhelder.edu.br/revista/index.php/ veredas/article/view/47/34>. Acesso em: 7 abr. 2015.

JOBIM e SOUZA, S. Ressignificando a Psicologia do Desenvolvimento: uma contribuição crítica à pesquisa da infância. In: KRAMER, S.; LEITE, I. **Infância**: fios e desafios da pesquisa. Campinas: Papirus, 1996. p. 39-55.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346/4931>. Acesso em: 29 jun. 2013.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: Psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 18, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/59466/0>. Acesso em: 21 mar. 2013.

KLEIN, L. R. **Cadê a criança do Áries que estava aqui?** A fábrica comeu... 2012. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/4.26.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2013.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KRAMER, S. **A Política do pré-escolar no Brasil**: a arte do disfarce. Rio de Janeiro: Achiamé, 1982.

KRAMER, S. Pesquisando infância e educação: um encontro com Walter Benjamin. In: KRAMER, S.; LEITE, I. **Infância**: fios e desafios da pesquisa. Campinas: Papirus, 1996. p. 3-38.

KUHLMANN JÚNIOR, M. **Infância e educação infantil**: uma abordagem histórica. Porto Alegre: Mediação, 1998.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, consciencia, personalid**. Habana: Pueblo y Educacion, 1975.

LOBO, L. Devir criança: pesquisa de fontes para uma genealogia da criança anormal no Brasil. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Org.). ENCONTRO. CLIO-PSYCHÊ – HISTÓRIA E MEMÓRIA, 4., 2005. **Anais...** Juiz de Fora: Clio Edições Eletrônicas, 2005.

LOBOSQUE, A. M. (Org.). Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância. **Caderno de Saúde Mental 2**, Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

LUCCHESE, R.; OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI; M. E.; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v**.** 25, n. 9, p 2033-2042, set. 2009.

LUZIO, C. A. **A Atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes:** ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

_____. **Atenção Psicossocial**: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil. 2010. 190f. Tese (Livre-Docência não publicada) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

_____. Atenção psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In: BOARINI, M. L. (Org.) **Desafios na atenção à saúde mental**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2011. p. 145-174.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-98, 2006.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.15, n.1, p. 17-26, 2010.

MARCUSE, H. A responsabilidade da ciência. **Sci. stud**. [online], v. 7, n. 1, p. 159-164, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ss/v7n1/v7n1a08.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014.

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Assistência Social de Maringá. **Plano Municipal de Assistência Social 2014-2017**. Maringá: Secretaria Municipal de Assistência Social, 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 2014a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. **Relatório Anual de Gestão** – 2014. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 2014b.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia**, Maringá, v.1, n. 2, p. 7-27, 1996.

MARX, K. **Teorias da mais-valia**: história crítica do pensamento econômico. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980 (Livro 4 de "O capital" – v.1).

_____. **Manuscritos Econômicos e Filosóficos:** primeiro manuscrito. In: Coleção Os pensadores. São Paulo: Abril, 1978. (Original publicado em 1932).

MENDONÇA, D. **A higiene mental do escolar**: o ardil da ordem. 2006. 97f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.159-64, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1993.

MONCORVO FILHO, A. **Hygiene infantil.** Prelecções do "Curso Popular" realizado em 1915 no IPAI. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1917.

_____. Formação de hábitos sadios nas creanças, estudo psychologico, pedagógico e hygienico. In: THEMA, 8.; CONGRESSO BRASILEIRO DE HYGIENE, 3., 1926. **Anais...** São Paulo, 1926.

MOURA, E. B. B. de. **Crianças operárias na recém industrializada São Paulo**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

MOURA, R. H. de. **Saúde da Família**: (des)encontros históricos da família brasileira com a higiene mental (1920-1940). 2008. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2008.

_____. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como mobilizador da práxis psicossocial.** 2014. 380f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

NAGLE, J. **Educação e sociedade na primeira república**. São Paulo: EPU/MEC, 1976.

NOTICIAS. **Secretária critica descaso com a política de saúde mental dirigida a crianças e adolescentes**. 2010. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.etc.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9032:secretaria-critica-descaso-com-a-politica-de-saude-mental-dirigida-a-criancas-e-adolescentes&catid=17:crianca-e-adolescente&Itemid=163>. Acesso em: 26 fev. 2011.

OMS. Organização Mundial de Saúde. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. In**: Relatório sobre Saúde no Mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

OMS. Organização Mundial de Saúde; OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, Venezuela: OMS/OPAS, 1990.

PAIM, J. Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Série Saúde no Brasil,** v. 1, p. 11-31, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. **Instrução 016/2011**. Critérios para o atendimento educacional especializado em Sala de Recursos Multifuncional – Tipo I, na Educação Básica. Curitiba: SEED/SUED, 2011.

PASSETTI, E. Crianças carentes e políticas públicas. In: PRIORE, M. Del (Org.). **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999. p. 347-75.

PATTO, M. H. S. A Constituição da Psicologia Científica. In: PATTO, M. H. S. **Psicologia e Ideologia**: uma introdução critica a psicologia escolar. São Paulo: Queiroz, 1984. p. 7-112.

_____. **A produção do fracasso escolar**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1990.

_____. Teoremas e cataplasmas no Brasil monárquico: o caso da medicina social. In: **Mutações do cativeiro:** escritos de psicologia e política (pp. 95-117). São Paulo: Hacher: EDUSP, 2000. Publicado originalmente na Revista Novos Estudos Cebrap, n. 44, p. mar. pp. 180-199, 1996.

PESSOTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. out./dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/ scielo.php?pid=S0103-73312011000400008&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 abr. 2013.

PINTO, M.; SARMENTO, M. J. A infância como construção social. In: SARMENTO, M. J.; PINTO, M. **As crianças, contextos e identidades**. Braga, Portugal: Universidade do Minho; Centro de Estudos da Criança; Ed. Bezerra, 1997. p. 1-73.

RAMOS, A. **A creança problema**: a hygiene mental na escola primaria. Rio de Janeiro: Companhia Editora Nacional, 1939.

REDUÇÃO da maioridade penal: mitos e verdades. **ANDI** – Comunicação e Direitos, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.andi.org.br/infancia-e-juventude/pauta/reducao-da-maioridade-penal-mitos-e-verdades>. Acesso em: 20 jun. 2012.

REIS, A. O. A. et al. Prontuários, para que servem? Representação dos coordenadores de equipe dos CAPSi a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. **Revista bras. crescimento e desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 383-392, 2009. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v19n3/04.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2011.

RIBAS, J. C. Exame psiquiátrico da criança. **Revista de Medicina**, v. 37, n. 205, p. 26-42, 1953. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/61632/64525 >. Acesso em: 15 abr. 2014.

RIBEIRO, C. S. et al. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 5, n. 1, p. 94-103, 2010. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume5_n1/ribeiro_et_al.pdf>. Acesso em: 8 maio 2012.

RIBEIRO, E.; L.; PAULA, C. S. de. Política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: CERQUEIRA, Luiz R.; MATEUS, Mário Dinis (Org.). **Políticas de Saúde Mental**: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS. São Paulo: Instituto de Saúde. 2013.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006.

RIZZINI, I. **Assistência à infância no Brasil**: uma análise de sua construção. Rio de Janeiro: Amais; Ed. USU, 1993.

RONCHI, J. L.; AVELLAR, L. Z. Saúde Mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática,** São Paulo, v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872010000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 nov. 2011.

ROSA, L. C. dos S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol. rev.** [online], v. 11, n. 18, p. 205-218, 2005. Disponível em: <http://pepsic. bvsalud.org/pdf/per/v11n18/v11n18a05.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

_____. Estágio em Serviço Social na Saúde Mental: desafios de ação Universidade – Serviço Assistencial: uma Experiência em CAPSi. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 17, n. 2, p. 251-280, 2008. Disponível em: <http://seer.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/view/80/94>. Acesso em: 30 nov. 2011.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: ROTELLI, F, LEONARDIS, O, MAURI, D. (Org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-59.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

RUSSO, L. X.; TRINTIN, J. G. O beneficiário do programa Bolsa Família: caso de Maringá. **Revista de Desenvolvimento Econômico – RDE**, Salvador, ano 14, n. 25. jun. 2012. Disponível em: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/rde/article/view/2046/1611>. Acesso em: 21 maio 2015.

SAMPAIO J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, dez. 2011.

SANTOS, M. A. C. dos. Criança e criminalidade no início do século. In: DEL PRIORE, D. (Org.). **História das crianças no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2000. p. 210-230

SARAMAGO, J. **A maior flor do mundo**. Lisboa: Caminho, 2000.

SAWAIA, B. B. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, n. 21, v. 3, p. 364-372, 2009.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCHEINVAR, E. A família como dispositivo de privatização do social. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, n. 58, v. 1, p. 48-57, 2006.

SCHEINVAR, E.; NASCIMENTO, M. L. do. De como as práticas do Conselho Tutelar vêm

se tornando jurisdicionais. **Aletheia,** Canoas, n. 25, p. 152-162, jan./jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n25/n25a12.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

SINIBALDI, B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Rev. Psicol. UNESP** [online], v. 12, n. 2, p. 61-72, 2013.

SILVA, R. P. **Medicina, educação e psiquiatria para a infância:** o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. 2008. 80f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

_____. Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 195-208, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a13 v12n1.pdf>. Acesso em: 9 maio 2012.

SILVA; A. T. M. C.; BARROS S., OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002.

SMOLKA, A. L. B. Sobre significação e sentido: uma proposta à rede de significações. In: ROSSET-FERREIRA, M. C. et al. (Org.). **Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p. 35-49.

SOUZA, M. P. R. de. A queixa escolar na formação de psicólogos: desafios e perspectivas. In: TANAMACHI, E. de R.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. L. da (Org.). **Psicologia e educação**: desafios teórico-práticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 105-141.

_____. Problemas de aprendizagem ou problemas de escolarização? Repensando o cotidiano escolar à luz da perspectiva histórico-crítica em psicologia. In: SOUZA, D. T. R.; OLIVEIRA, M. K.; REGO, T. C. Rego (Org.). **Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea**. São Paulo: Moderna, 2002. P. 177-195.

SPANEMBERG, L. Reforma psiquiátrica e o DATASUS: o uso de um instrumento ou o uso instrumental? **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2015.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TEIXEIRA, R. O filtro da medicalização para a produção da subjetividade. **Revista IHU On-Line,** São Leopoldo, ano 13, 2013. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5012&secao=420>. Acesso em: 13 maio 2014.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 fev. 2014.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Revista Vivência** [Online], n. 32, p. 173-206, 2007a. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%2012_EDUARDO%20MOURAO%20VASCONCELOS.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. **Saúde Mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2007b.

_____. (Org). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 31-562.

VECCHIA M. D.; MARTINS S. T. F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estud Psicol.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 159-168, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a05v11n2.pdf>. Acesso em: 15 maio 2012.

_____. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, 2009.

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G.; MATSUMOTO, A. E. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 12, v. 3, p. 268- 272, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v12n3/v12n3a09.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2015.

VICTAL BASTOS, L. H. C.; ROMANHOLI, A. C. Saúde mental em Vitória: a rede tensionada. In: CAMPOS, F. B.; LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura 9**: experiências da reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 193-201.

VIGOTSKI, L. S. **Obras escogidas**. Madri: Visor Distribuciones, 1996. v. 4.

VOLPI, M. **O adolescente e o ato infracional**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

WHO. World Health Organization. **Health promotion evaluation**: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

WHO. World Health Organization. **Caring for children and adolescents with mental disorders:** Setting WHO Directions. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

YAMAMOTO, O. H. Políticas sociais, "terceiro setor" e "compromisso social": perspectivas e limites do trabalho do psicólogo**. Psicol. Soc.** [online], v. 19, n. 1, p. 30-37, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a05v19n1.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

YASUI, S. CAPS: Aprendendo a perguntar. **Saúdeloucura**, Hucitec, v. 1, p. 47-60, 1989.

_____**. Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010a.

_____. **A produção do cuidado no território:** "há tanta vida lá fora". In: Ministério da Saúde (BR). VI Conferência Nacional de Saúde Mental [online]. Brasília (DF): MS; 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. da. A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate***,* Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 18-26, jan./dez. 2008.

ZAMBENEDETTI, G. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Saúde Soc**., São Paulo, v. 8, n. 2, p. 334-345, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29604/31472>. Acesso em: 16 mar. 2015.

ZANIANI, E. J. M. **Sob os auspícios da proteção**: Moncorvo Filho e a higienização da infância. 2008. 158f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2008.

ZUQUIM, J. **Infância e crime na história da psicologia no Brasil**: um estudo de categorias psicológicas na construção da história da infância criminalizada na primeira república. 2001. 216f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo; Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade, São Paulo, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE GRUPOS DE DISCUSSÃO

As discussões serão disparadas através de temas/questões como:

- Concepção de infância.
- Concepção de saúde mental.
- Concepção de trabalho em equipe e intersetorialidade.
- Conhecendo as crianças que chegam ao serviço: De onde vem? Com que queixa chegam? Como acolhem a demanda?
- Organização do trabalho: dificuldades/desafios.
- Implementação do trabalho em equipe: dificuldades/desafios (político, teórico e ou técnico).
- O lugar da rede intersetorial: como se dá o diálogo entre esse serviço e a rede intersetorial, momentos em que dialogam, dificuldades e desafios com alguma política ou serviço em específico.
- Avaliação da inserção do serviço e das ações no território e de quais os setores configuram-se mais acessíveis à construção de ações em rede.
- Estratégias, recursos e/ou intervenções imprescindíveis no atendimento à demanda em saúde mental que ascende do público infantojuvenil.

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Capítulo IV, itens 1 a 3 da Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "**O Lugar da Intersetorialidade nas Ações do Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil – CAPSi**", sob a responsabilidade da pesquisadora Ednéia José Martins Zaniani, RG nº7.067.981-7.
Este termo deverá ser elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em poder do sujeito ou de seu representante legal e a outra via em poder do pesquisador responsável.
Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5607 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com o pesquisador no telefone (44) 33544656 ou e-mail edapsi@hotmail.com.

I. A pesquisa
Esta pesquisa tem por objetivo analisar se e como o princípio da intersetorialidade contribui para a efetivação das ações de cuidado no CAPSi na perspectiva da Atenção Psicossocial. Por intersetorialidade entende-se a forma como os diferentes setores, com seus saberes e práticas se articulam e se integram com vistas a orientar e garantir a integralidade das ações de cuidado no campo da saúde mental. Essas ações de cuidado ultrapassam aquelas implementadas pela política de saúde e compreendem todas as dispensadas pelas instituições e serviços (como da educação, assistência social, cultura, lazer, etc) que compõem a rede de relações do sujeito.

II. Procedimentos
Os procedimentos previstos envolvem a observação participante, Grupos de Discussão com os profissionais da rede de saúde mental do município de Maringá e entrevista semistruturada caso seja considerado necessário.
Os Grupos de Discussão, a serem realizados no CAPSi ou em espaços que permitam a interação dos profissionais da rede, contarão com um roteiro temático prévio com o objetivo de incitar o debate de questões relevantes ao trabalho na saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial e terão a duração aproximada de 1h30min.
A entrevista semiestruturada configura-se um método alternativo caso no decurso da pesquisa por algum motivo não tenhamos acesso e participação de algum profissional importante à implementação das ações intersetoriais em saúde mental infantojuvenil do município.

III. Riscos/Desconfortos e Benefícios
Possíveis riscos ou desconfortos serão evitados, mas caso aconteçam todos os cuidados serão tomados para adequar o procedimento às suas necessidades, ou, interromper a pesquisa para atendê-lo. Os pesquisadores o ajudarão no que for necessário, sendo responsáveis pelo acompanhamento e assistência. No decorrer da pesquisa, todos os procedimentos serão esclarecidos antes de serem realizados.
Com esse estudo pretendemos contribuir com as discussões e o reordenamento das ações dentro da política de saúde mental voltada ao público infantojuvenil.

IV. Liberdades/Garantias
Você possui total liberdade para recusar-se a participar desta pesquisa ou retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu cuidado.
Você possui total liberdade de não responder às perguntas ou não participar de momentos que possam causar-lhe constrangimento de qualquer natureza.

V. Sigilo/Anonimato
A sua participação é sigilosa, ou seja, as informações prestadas são confidenciais e em hipótese alguma serão motivo de divulgação na mídia. Garantimos o sigilo das informações coletadas e o seu anonimato. Respeitamos a

sua privacidade, mantendo em segredo as suas informações pessoais no decorrer da pesquisa e após a conclusão desta.
VI. Despesas/indenização Esta pesquisa não resultará em despesas ou ônus para você. No caso de eventual despesa ou dano, assumiremos a responsabilidade de ressarcimento e/ou indenização.
VII. Publicação Informamos que o resultado da pesquisa poderá ser publicado em revistas da área, colaborando, assim, na construção do conhecimento teórico-conceitual e na melhoria na viabilização de atendimentos/tratamentos/atuação desta natureza.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG:_____, abaixo assinado, concordo em participar, como sujeito, da pesquisa "**O Lugar da Intersetorialidade nas Ações do Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil – CAPSi**". Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) Ednéia José Martins Zaniani sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que ( ) concordo /( ) não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Local e data _____, ____ de _____ de _____.

_____
Assinatura

Eu, Ednéia José Martins Zaniani, pesquisador responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito/representante legal para a participação na pesquisa.

_____
Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C: AUTORIZAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CECAPS
Centro de Formação e Capacitação
Permanente dos Trabalhadores da Saúde

Ofício n°539/2013

Maringá, 19 de abril de 2013.

Prezada Senhora

Informamos que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 001/2010 desta Secretaria Municipal de Saúde; a pesquisa "O Lugar da Intersetorialidade nas ações do Centro de Atenção Psicossocial Infantil -CAPS-I", a ser realizada no CAPS-I, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada nas UBS.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente

Lourdes Thome
Coordenadora CECAPS

Ilmo. Sr
Presidente do COPEP
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Assis-SP

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CECAPS
Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde

Maringá, 01 de julho de 2013.

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ARQUIVOS, REGISTROS, PRONTUÁRIOS E SIMILARES.

Eu, Thaís Franco Pereira,

_____, responsável pela guarda dos arquivos, registros e prontuários desta Instituição, autorizo o acesso da pesquisadora Ednéia José Martins Zaniani, a fim de viabilizar a execução da pesquisa "O Lugar da Intersetorialidade nas ações do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSi".

Atenciosamente,

CAPSi
Centro de Atenção
Psicossocial Infanto
juvenil
Maringá-PR

Thaís Franco Pereira

Nome, CPF e assinatura do Responsável.

Thaís Franco Pereira
Coordenadora do CAPS Infanto-Juvenil
CPF: 066.782.219-40 - Matrícula: 73290
Secretaria de Saúde
MARINGÁ - PR.

APÊNDICE D: RELATO DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO COM PROFISSIONAIS DO CAPSi

I GRUPO

O Grupo foi previamente agendado com a coordenadora que cedeu os horários das reuniões de equipe para tal. Aconteceu nas dependências do CAPSi, dia 17-03-2014, das 12 às 13h30.

Participaram desse Grupo 20 pessoas: 3 psicólogas; 2 enfermeiras; 1 médico psiquiatra; 1 psicóloga/coordenadora; 1 farmacêutica; 2 terapeutas ocupacionais; 2 auxiliares de enfermagem; 1 técnica de enfermagem; 2 auxiliares de serviços gerais; 1 cozinheira; 4 estagiários de medicina.

Iniciamos o Grupo explicando novamente a proposta da pesquisa, abordando o TCLE e agradecendo a disponibilidade de todos. Informamos que iríamos usar alguns temas/questões como disparadores da discussão e pedimos que todos se manifestassem acerca delas.

MEDIADORA - PESQUISADORA: **Qual a concepção que vocês têm de infância? Como vocês definiriam 'infância'?**

ÁGATA: quando não tinha preocupação.

RUBI: quando outro é que se preocupa com a gente.

CORAL: é tempo de brincar.

JADE: sem responsabilidades.

ÔNIX: As crianças que chegam aqui, a queixa dos pais é que não elas não têm responsabilidade, não faz tarefa...

JADE: falta para os pais lembrar que a criança pode não ter responsabilidade...tolerância... já quer que sejam adultos e elas não são, precisam ensinar!

CORAL: a gente quer que eles nasçam sabendo de tudo, que nasçam prontos.

ÔNIX: eu vejo a infância como um processo rápido... acontece muita coisa, é dinâmico, aprendem muita coisa, está se desenvolvendo...

JADE: aprendem muita coisa, rapidamente, muita coisa...

ESMERALDA: uma fase de grande potencial, mas uma fase muito difícil.

ZIRCÃO: fase de formação, descobertas, fase de saber quem ela é, que é o mundo para ela...

ÁGATA: a criança é um material mole, moldável...

RUBI: o conceito que norteia nosso trabalho é de que a infância é um tempo de construção, de irresponsabilidade, a criança 'nada sabe', o adulto que 'sabe' dela. Mas os profissionais

esperam que os pais saibam delas e os pais esperam que os profissionais saibam. Um desafio para nós profissionais: fazerem os pais entenderem que a criança é responsabilidade deles.

ESMERALDA: os pais esperam que o CAPSi os tornem 'prontos'.

SAFIRA: quando perguntamos aos pais por que vieram ao CAPSi, sempre é por algo da criança. Os pais precisam saber o papel deles.

JADE: elas (crianças) não podem mais errar...se xingam os professores já vai para o CAPSi!

ÁGATA: poucos pais têm clareza de questionar se os problema estão na criança ou neles... Aqui nós cuidamos da criança que está dentro dos pais.

ESMERALDA: acho que aqui também está um desafio do nosso trabalho, do papel do profissional empoderar os pais para que saibam que são autoridade para a criança...para serem pais, para referenciar o desenvolvimento da criança e do adolescente, pois eles vão para a escola, CAPSi e outros serviços e essas instituições vão tirando a autoridade desses pais ... e eles precisam saber que também podem errar...

JADE: nos Grupos de pais trabalhamos que eles podem errar e podem também pedir desculpas... reconhecer que errou...

ZIRCÃO: a visão que temos de infância: nossa época as crianças demoravam de 5 a 7 dias para abrir os olhos, hoje tudo mudou, a criança é muito esperta, muito estímulo, os pais ficam boquiabertos com essa rapidez e pensam que a criança é um adulto pequeno... que não precisa ensinar nada e acaba solicitando de nós a participação nas decisões e perdendo a autoridade de uma forma muito sutil.

JADE: alguns pais perguntam: você quer ir para a escola? Quando a criança ainda não tem condição de decidir sobre isso.

ZIRCÃO: eles acabam esquecendo que criança é criança.

TOPÁZIO: eu percebo que quando algo dá errado, querem patologizar o que incomoda na tentativa de tirar a culpa de si, de justificar o erro.

ÔNIX: uma grande dificuldade que eu percebo: aqui a gente se depara com 2 tipos de visão: pais que chegam para que nós demos a pílula mágica ou solução de todos os problemas e outro tipo que chega achando o inverso - achando que o filho não tem salvação... Então trabalhamos com estes dois tipos de pais... Por exemplo eu: não tenho filhos, não trabalhava com psiquiatria da infância e vou errar quando tiver...a nossa diferença é que somos racionais, então olhamos de uma forma que parece que o afeto atrapalha que estes pais percebam, isso é uma dificuldade.

ESMERALDA: esbarramos na dificuldade da família que não participa.

MEDIADORA-PESQUISADORA: pessoal, eu pedi que falassem das concepções de infância e vocês também estão trazendo uma concepção de família... parece que trabalham num dispositivo voltado para a família...

RUBI: sim! é fundamental falar dessa família, como essa família é convidada para estar aqui... os responsáveis (pai, mãe) fazemos de tudo para que estejam presentes... não podemos esquecer uma frase que ouvimos no Congresso dos CAPSi que participamos "o CAPSi não é um lugar, é um jeito de cuidar"...não temos o jeito ideal, não podemos "arrumar" a criança,

não temos máquina de consertar a criança, os pais se sentem frustrados, a criança tem a responsabilidade de espelhar o adulto, isso demonstra nossa prática, os pais querem remédios, “arruma ele aqui pra mim”... entendemos que para o trabalho ser afetivo necessitamos do trabalho com a família.

ESMERALDA: às vezes a criança já passou por vários serviços...o nosso papel é importante, ouvir, ouvir de novo para ver o que fazer, sei lá... algo diferente do que já foi tentado. Eles precisam ter esperança.

RUBI: temos o presente de ter um médico psiquiatra que tem uma concepção diferente, que entende que é importante olhar o contexto, que trabalha com a clínica ampliada.

ESMERALDA: quando a gente destaca a participação da família é importante não desresponsabilizar o que é o serviço público... essa família precisa saber o que é o serviço público... que muitas vezes falta recursos, falta serviços no território. Mas, também existem casos em que há recursos, mas falta alguém próximo que diga para essa criança, que invista nela afetivamente.

JADE: se falar pra vó ela vê e sabe/sabia o que era sua responsabilidade... hoje se diz que a culpa é dos amigos, não percebe o que se faz em casa, a responsabilidade de perceber que os pais têm que ter responsabilidade.

RUBI: antes os mais velhos sabiam o que fazer...à medida que a família mudou e não sabe mais o que fazer, foi destituído da família a responsabilidade, estes reflexos têm efeitos hoje...

JADE: é essa liberdade...

ESMERALDA: o serviço público tem parte nisso, o Estado foi assumindo tudo, a educação, é claro que houve um colapso é nós especialistas assumimos isso.

JADE: e se ela é uma péssima família temos que nos responsabilizar.

PÉROLA: péssima família: de qual ponto de vista? Às vezes a gente acha que é péssima, mas dá amor, carinho, atenção... Às vezes tem condição financeira boa e não dá amor... no nosso trabalho... o quanto nós, por considerar que sabemos o que fazer interferimos nessa dinâmica... uma vez eu ouvi numa palestra: na vida de ricos poucos se intrometem, na vida do pobre todo mundo mete o bedelho, a gente invade, faz visita ...

SAFIRA: e escancara aquela família... fala-se em reunião: “ah, aquela família”...

ZIRCÃO: se reúne, fala mal (risos). Já pensou se se reunirem pra falar dos nossos filhos?

JADE: diferenças sociais interferem na nossa interpretação.

MEDIADORA-PESQUISADORA: **e qual ‘infância’ chega ao CAPSi?**

PÉROLA: lembrei de um filme sobre infância... falava dos tipos diferentes de crianças, percebo que aqui são várias infâncias hoje, e até mesmo as que chegam aqui, essa criança está tendo espaço de ser criança? Mas ela chega com queixas, vários tipos de queixas.

TOPÁZIO: se ela veio para o CAPSi, em algum momento faltou investimento amoroso.

PÉROLA: ou excesso de amor... dificuldade de separação.

ESMERALDA: aqui chega a infância que é sonegada... sem direito de ser criança.

ÁGATA: a infância roubada, ou porque estão dando muito poder ou retirando, é abuso, muitas responsabilidades.

RUBI: desse limite que é tão difícil pra pai/mãe definir, saber do excesso ou da falta. Não estamos culpabilizando os pais... mas, é da nossa cultura, a ciência provoca isso também, todos sabem, mas não sabem. A pergunta é: que criança vem aqui? A gente esperava os casos graves de psicose... mas, não são! Não conheço nenhum!...

SAFIRA: hoje a criança não sabe fantasiar... ter expectativa enquanto indivíduo, parecem que vivem um mundo tão fechadinho, tão delimitadinho...

MEDIADORA-PESQUISADORA: Vocês falaram da infância, e o que vocês entendem por adolescência?

JADE: falta a ela esse passado na infância.

RUBI: a adolescência é o resultado dessa criança que não brincou...

SAFIRA: essa criança que não foi cuidada.

ESMERALDA: é interessante pensar: tanto a criança quanto o adolescente, todo mundo fala deles e ninguém escuta eles, o que eles têm a dizer... atendemos casos de mães desesperadas e não dá espaço para que a criança ou adolescente fale. Eu entendo que esse é o papel também do CAPSi: deixar que eles falem.

JADE: quando eles começam a falar, eles barram porque não querem ouvir o que ele quer falar.

ZIRCÃO: os pais perderam o referencial do que é infância e adolescência, os pais não sabem e a gente tá aqui para lembrar, os pais só veem problema, não sabem o que aquilo é normal da adolescência, que é normal ser rebelde. Eles chegam aqui com uma lista de problema que os filhos têm.

JADE: eles esquecem que isso faz parte da adolescência e ameaça levar para o Conselho Tutelar.

TOPÁZIO: daí o Conselho Tutelar também não sabe nem o seu papel.

ESMERALDA: temos muitos encaminhamentos equivocados, ninguém faz nada e não escuta...já encaminha logo para o CAPSi. As crianças que ficam aguardando, muitos não precisam ficar aqui, a rede encaminha tudo. Tudo o que é da infância acham que é papel do CAPSi.

PÉROLA: um exemplo que tivemos foi numa discussão com a SEDUC: a educação crítica que o CAPSi não atende, perguntam se o CAPSi ia resolver, mas por que não tem resolvido? Daí eu falei: vocês falaram que também trabalham com a família... a família vem para a escola?... e eles disseram: não! Então, a gente faz, faz e parece que não faz. O CAPSi, como vocês, não consegue resolver tudo.

TOPÁZIO: é o desafio é a intersetorialidade, se você sabe o que é, o que cabe ao seu serviço e ao serviço do outro... a questão da intersorialidade é essa... saber o seu papel e o do outro.

PÉROLA: em alguns casos incomoda tanto! Como assim não dá para fazer nada? Da mesma forma que o CAPSi não tem o pó mágico os outros serviços também não têm.

JADE: o povo encaminha para parecer que faz algo, encaminha... e ser não for caso para o CAPSi, dizem que nós não fizemos, por ex: o Conselho Tutelar...

RUBI: às vezes a 'tragédia' faz parte daquela família.

ZIRCÃO: dá muita angústia na gente de não poder fazer nada.

Nesse momento começaram a relembrar o caso de um adolescente atendido no CAPSi, um menino que viajou para a Bahia e não voltou. Souberam que ele ficou vagando pela rodoviária, ficaram preocupados com seu destino. E Quando um Grupo de profissionais o encontrou lá, ele disse para ligar no CAPSi que aqui iriam dar um jeito de trazê-lo de volta.

RUBI: é a instituição da vida humana... a tutela dessa família que a gente falava. Como há bolsa para tudo, teria que ter a bolsa educação... bolsa educação para o professor se formar... a grande maioria dos encaminhamentos são os professores que encaminham, os professores estão desesperados, adoecidos...é um desamparo social, um povo sem educação, sem preparação,.. todo o contexto social é o que leva a medicalizar. Hoje a gente fica tentando consertar, a ciência diz isso, diz aquilo, a criança precisa de rumo, de limite, essa é a nossa dificuldade, dar limites. Exercer a função de pais dá muito trabalho.

II GRUPO

O Grupo aconteceu nas dependências do CAPSi, dia 21-03-2014, das 12 às 13h30.

Participaram desse Grupo 17 pessoas: 3 psicólogas; 1 enfermeira; 1 psiquiatra; 1 psicóloga/coordenadora do CAPSi; 2 terapeutas ocupacionais; 2 auxiliares de enfermagem; 1 técnico de enfermagem; 2 auxiliares de serviços gerais; 1 cozinheira; 2 estagiários de medicina, 1 Instrutora de Artes.

MEDIADORA-PESQUISADORA: O que vocês entendem por "saúde mental"?

ÁGATA: acho que a definição da OMS, de qualidade de vida, não só ausência de doenças, talvez seja o mais próximo.

ZIRCÃO: seria o bem estar emocional e até físico. Para ter saúde mental tem que estar bem... conseguir viver bem, ter qualidade de vida.

ÔNIX: é... nem sempre a gente tá bem... mas, acho que ser saudável é você conseguir parar e se olhar...parar para refletir sobre isso, apesar de estar mal. Quando falo conseguir olhar-se, não tô falando só lá no atendimento individual...mas a família se olhar enquanto família, o trabalho enquanto trabalho.

JADE: se olhar, se interrogar e escolher. Acho que só se olhar não basta...

PÉROLA: e ainda escolher algo para sua saúde mental. É olhar e mudar.

ESMERALDA: Ter saúde mental não significa estar mal de vez em quando... é saudável saber que não se está bem.

JADE: é conseguir força...ressurgir das cinzas e ficar bem.

ÁGATA: é preciso saber o que não está bem? As pessoas buscam a medicação porque querem estar bem o tempo todo.

JADE: necessita tempo para estar bem...esperar... Por exemplo: a medicação é uma anestesia...precisa dar um tempo para ficar bem.

ZIRCÃO: se tem saúde mental você faz escolhas, acha saídas para ficar bem.

ÁGATA: para ter saúde mental é preciso ter direito de escolhas... a educação é importante... saber que pode não estar bem.

JADE: muitas mães só enxergam o lado ruim do filho...quando você pergunta, ela não vê nada de bom. Quando ele melhora, se você fala, ela começa a ver coisas boas.

ZIRCÃO: é uma bola de neve... a mãe precisa estar bem para ver coisas boas no filho.

ÁGATA: ela para de projetar...

ESMERALDA: ninguém pode estar mal... nem passar por um período de tristeza... a sociedade é tudo "fast food", tudo é imediato, exige-se estar bem o tempo todo.

ZIRCÃO: lembro de um vídeo francês falando da morte, até na hora da morte ocorre uma invasão de recursos, tá ligado a essa eficiência, sempre mostrando tudo ... eficiência... as pessoas não pensam que é humano sofrer.

ÔNIX: eu fiz reunião com estudantes de medicina. A gente discutia a formação médica... Comentava com eles que encaminham tudo para o CAPSi... isso foi refletido... e a gente conversava com eles: eu vou estar sujeito a fazer a mesma coisa... isso é imposto?... Ter saúde mental é você se perceber o que fazendo e tentar mudar...a gente faz certas coisas...quantas vezes atuamos errado, mas as vezes conseguimos parar para refletir e ajudar a refletir.

MEDIADORA-PESQUISADORA: **pessoal, vocês trouxeram várias concepções, problematizaram a questão proposta "o que seria saúde mental". Mas, e quando nos referimos à saúde mental infantojuvenil seriam essas mesmas concepções?**

ZIRCÃO: acho que é diferente... no caso da criança ela não consegue perceber, precisa que as pessoas a ajudem....elas precisam se descobrir... As pessoas é que veem a saúde mental dela, nela. Tem uma cobrança da sociedade que a criança tem que se comportar de determinadas formas, padrões...

JADE: hoje tudo é visto como problema. Hoje a criança não pode nem se sujar...

ESMERALDA: é o mito da sociedade perfeita... é mágico... dá se pouco tempo para ela aprender...ela tem que nascer pronta...a criança precisa ser perfeita...

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

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

MEDIADORA-PESQUISADORA: **quando você fala de "padrão" acho que é o caso de pensar um exemplo é a questão da fantasia... até que ponto fantasiar é "normal"? E o que é normal? Anormal? Até que ponto é saúde, quando é doença?**

ÔNIX: outro dia discutimos um caso de uma criança que a mãe fazia ela roubar... Temos que perceber o contexto dessa criança, não é ela que tá doente, que tá errada. Claro que é errado roubar, mas ela não tá doente, quem tá doente é a família, ela tá é saudável porque tá fazendo o que a mãe quer, a gente tem a família como modelo.

ZIRCÃO: a mãe dela tá doente!

GRANADA: ah... o exemplo do "E"... a mãe espera que ele seja como os irmãos, fala para gente aquele vai ser assim, o outro vai ser assado... E ele sofre.

MEDIADORA-PESQUISADORA: haveria algo a acrescentar, um outro aspecto para pensar a saúde mental infantojuvenil?

ESMERALDA: acho que tem o esforço da equipe... que é de auxiliar que os familiares para que vejam essa criança... vejam que muita coisa é própria da infância, desconstruir essa visão, ver a singularidade e não que é patológico.

JADE: O CAPSi ajuda até a gente a trabalhar melhor com os filhos em casa...eu já melhorei por ouvir os colegas falando o que é legal ou não fazer... por isso é importante a família estar ouvindo isso...o que é normal e o que é doença.

MEDIADORA-PESQUISADORA: **pessoal, eu queria retomar uma questão: no Grupo anterior quando a gente comentava sobre a infância que vem para o CAPSi, que é um dispositivo que foi pensado para casos mais graves...e comentaram que até agora "não encontraram nenhum psicótico". Como vocês acham que isso tá refletindo no trabalho de vocês?**

RUBI: interessante que esses dias os estagiários de psicologia disseram que a criança chega aqui com uma queixa e que quando eles olham pra essa criança não é o que diziam dela. Aqui não temos esses tais "casos graves"... nossa realidade é essa... Nós atendemos a demanda que chega... Esse fenômeno ocorre em todos os serviços... Então a gente deve fechar as portas? a gente tem que desconstruir essa ideia de doença... que temos que ser o protótipo da felicidade...sempre, sempre...sofremos com isso o tempo todo...consumo...estimulamos o desejo de consumir...de ser melhor em tudo... estamos deixando de lado o saber que tínhamos.

ESMERALDA: e essa fala enquanto equipe foi construída nesses dois anos de trabalho... os relatos até nos importavam muito... hoje o nosso olhar está para além desta queixa... nós construímos um jeito, um exercício diário, temos o desejo de encontrar essa criança e não só a queixa...

GRANADA: quando você conversa com a criança você fala: Não! Não é essa criança de que eles falam!

ZIRCÃO: acho que tem que fazer um CAPS para os pais...

GRANADA: a mãe diz: em casa não estou vendo que a criança está bem.

RUBI: tem que trabalhar com a Clínica Ampliada, mas temos recursos? A gente tenta. Acho que seria mais fácil trabalhar se tivesse um quadro diagnóstico fechado, mas com criança não é assim.

MEDIADORA-PESQUISADORA: vocês sentem dificuldades no trabalho em equipe? Quais?

ÔNIX: essa é uma grande dificuldade com a formação médica... a gente é formado para dar diagnósticos, baseado na clínica, nas evidências... temos dificuldade de lidar com uma concepção mais pautada em equipe... Quando a gente fala de criança é muito mais difícil trabalhar nesse contexto... É um processo de construção, desconstrução. Em relação a psicose, não psicose, a gente consegue ver, é raro, antes não era tão raro. Aqui eu estou aprendendo a ver o que há por trás, escutando, vendo as crianças, ponderando... tenho visão mais flexível... As vezes meu papel na equipe é olhar para o lado diagnóstico, saber se tem TOD, é útil pois vai me guiar para dar a melhor medicação, buscar recursos... No Brasil dar diagnóstico é importante para comunicar conhecimento... Mas não é porque a criança tem um diagnóstico que vai ter isso para o resto da vida.

JADE: eu gosto de diagnóstico... acho que me dá um norte...para saber para onde seguir.

ÔNIX: eu olho no livro e o livro me descreve... Daí eu sei para onde seguir... eu tenho que pensar: essa criança não está no livro, ela tem um contexto, uma dinâmica que não tá escrita... e isso é difícil... por isso não é estático, a saúde mental está em construção.

JADE: já atendi gêmeas idênticas com o mesmo CID, e elas eram bem diferentes.

RUBI: é isso: as coisas não estão decididas! estão em construção... às vezes tem até o sintoma que define o diagnóstico...mas temos que ouvir a história particular...a riqueza humana é isso...

RODONITA: eu queria dizer uma coisa: queria dizer do meu prazer em estar aqui. Sou estagiário de medicina e esse estágio vem mudando minha concepção. Enquanto médico, somos treinados para ser técnicos... Aqui a gente aprende que tem que ouvir, discutir o diagnóstico, fazer um plano terapêutico em conjunto, discutir com outros profissionais... Essa discussão às vezes é calorosa (rssrsrsrs), mas fortalece a todos, enriquece o tratamento e abre para visões que são diferentes... estou aprendendo a ter um outro olhar participando das reuniões...

PÉROLA: e essa partilha vai além dessa sala, vai lá para fora do CAPSi. Quantas vezes a gente convoca pra discutir um caso, tá todo mundo dizendo que está fazendo e não se fala em reuniões para trocar... o contato com a rede faz a gente crescer...

JADE: a sociedade cobra do médico... O médico legal é o que dá remédio. Em saúde mental não tem isso.

ÔNIX: isso é mais difícil...

JADE: quando uma mãe fala que o médico passou remédio e não fez efeito... A sociedade cobra isso do médico... eu falo que é 50% do remédio e 50% outros profissionais.

ESMERALDA: conceito de saúde é 100% perfeito. Nosso papel é dizer para a mãe "olha não existe perfeição".

JADE: se a mãe não sabe responder... nós muitas vezes também não sabemos...

RUBI: quando não sabemos algo, isso mostra que temos ética, não é fugir, mas não dar tudo, nosso mal hoje é ter certeza... informações...e tá todo mundo ficando louco nessa

incerteza...vida é movimento constante...essa é a nossa prática... a angústia faz crescer, aprender... A equipe precisa ter inquietação. A angústia é nossa ferramenta.

ZIRCÃO: que dificuldade! Nossa cultura é de olhar para a doença...somos treinados para olhar o problema... eu sou enfermeira... aqui você passa a olhar para o paciente como... é um olhar acima do diagnóstico...ele facilitará, ele vai ajudar... mas acho que a gente aprende a olhar e ajudar naquilo para que ele precisa hoje... A clínica é ampliada, chama a escola, a saúde para ver em que área que ele está com dificuldade, não é só o corpinho, não é só a cabecinha.

JADE: tem paciente que diz que vem aqui para assistir desenho... em casa não pode por causa da religião... Às vezes não precisa muito para ajudar. Eles já foram tão rotulados que quando alguém olha e espera algo melhor deles...

ZIRCÃO: ele vem parar aqui...eles lá fora são criticados, pois temos que olhar além... mesmo que vêm...com coisas horríveis...

ÔNIX: temos que ter fluidez, do pensar, do olhar, para permitir possibilidades... Venho pensando que é preciso estar atento às contingências. Precisei dizer para uma mãe: você precisa de psicoterapia!

RUBI: ela é quem disse para você que precisava... ela foi dizendo isso no seu contato com ela... A certeza é que é perigosa... a gente pensa possibilidades... Uma usuária disse: "eu posso bater na minha mãe porque eu sou doente", têm outros que chegam aqui porque querem o laudo para o BPC.

MEDIADORA-PESQUISADORA: pessoal, diante de tudo isso, quais as dificuldades e desafios que vocês mais observam na implementação do trabalho?

ESMERALDA: as dificuldades e desafios são diários... acho que é se policiar, que não é vontade ou posicionamento de um profissional... se no CAPSi não tiver disposto a isso...dificulta muito o trabalho. Não é a minha opinião sobre a do outro... amistosamente precisamos colocar qual é a necessidade do paciente...

JADE: e também deixar de fazer coisas para ser melhor para o paciente. Sair da nossa zona de conforto... É difícil perceber que a gente poderia trabalhar diferente... Você vai ter que aprender coisas, são desafios, tentar mudanças, fazer diferente... Na rede é mais difícil. Tem colegas da rede que querem que a gente vai lá ensinar a fazer de outra forma.

ÔNIX: uma outra dificuldade... visão médica e do enfermeiro é diferente do psicólogo, do arte-terapeuta. A filosofia do pensar é diferente. Quando se coloca algo para fazer junto entra em choque, mas é legal... quando a gente recebe uma visita parece que tá tudo bem, mas ontem mesmo aqui a teve discussão calorosa...

RUBI: isso mostra saúde mental!

JADE: isso nos põe pra frente, pra pensar. É importante perceber que se discorda.

RUBI: a dificuldade de lidar com pessoas é que ela te devolve o que não quer ver de si mesma... pacientes, colegas, questões, limites... Nosso objeto é nosso espelho. O que é de você e o que é do caso (o que escutou), é preciso fazer trocas entre colegas, ir além do que tá no prontuário...

ESMERALDA: uma dificuldade é lidar com as nossas frustrações de não conseguir... todo mundo às vezes parece que está fazendo e cobrando e não caminha...

ÔNIX: e isso é muito rico, o que cada um traz, vicissitudes, isso nunca nenhuma máquina vai substituir. Ah, o que também é frustrante são as saídas de profissionais, a alta rotatividade de colegas... quando a gente tá entrando em sintonia, alguém precisa sair... daí os benefícios passam a ser menores... a troca de profissionais é uma grande dificuldade.

ÁGATA: eu estou aqui há pouco tempo. Na clínica a gente tem um lugar de suposto saber...aqui tem que deixar de trabalhar sozinho e perguntar: "para quem é o meu trabalho?" temos que pensar que estamos em um grupo.

ESMERALDA: e daí não é o meu desejo, muitas vezes temos que pensar na família, respeitar o desejo dela.

RUBI: isso é muito importante... respeitar o que a família quer, o que quer ser andarilho, o que não quer estudar, se hoje pensar que pode ter outro destino diferente do que a equipe quer...

GRANADA: a gente quer direcionar né?

JADE: a gente quer direcionar a partir de nossas referências. Já pensou todo mundo se juntar para falar da nossa família?

ZIRCÃO: a gente coloca as nossas coisas no outro...

ESMERALDA: a gente não pode perder a capacidade de se indagar, de refletir.

RODONITA: acho que essa é a grande importância de trabalhar em equipe com todo desconforto que dá... Você vê as coisas e que mais tarde vai discutir, avançar. É o trabalho multidisciplinar, avançar, pensar juntos... Se eu estiver discutindo o caso eu aprendo mais... no Grupo a discussão, eu penso na equipe a discussão vai ficando cada vez mais rica.

III GRUPO

O Grupo aconteceu nas dependências do CAPSi, dia 25-03-2014, das 12 às 13h30.

Participaram desse Grupo 15 pessoas: 2 psicólogas; 2 enfermeiras; 1 psicóloga/coordenadora do CAPSi; 2 terapeutas ocupacionais; 2 auxiliares de enfermagem; 1 técnico de enfermagem; 2 auxiliares de serviços gerais; 1 cozinheira; 1 Instrutora de Artes; 1 farmacêutica.

MEDIADORA-PESQUISADORA: o que se pode entender por intersetorialidade?

JADE: eu entendo, não sei se é o certo, não só no nível do CAPSi, são vários profissionais com vários conhecimentos diferentes... Eu percebo que a maioria de nossas crianças não precisaria estar aqui... deveria estar lá na rede, no esporte para brincar, com espaços sem regras... hoje as crianças já não podem mais fazer coisas... a intersetorialidade seria isso... ter espaço para outras coisas... Não é que falta não... Não sei onde a gente erra, é que não acontece... Tem lá na rede capoeira, nas igrejas, mas não estão acontecendo para aquela criança que precisa.

ESMERALDA: eu acho que temos muitos projetos públicos, ONG's, mas falta a interlocução... Nós estamos aqui, a escola está lá fazendo outra coisa, o CREAS. Falta sentar junto visando esta criança, para fazer o Projeto Terapêutico.

TOPÁZIO - a criança que está lá é fragmentada... O contexto familiar, os serviços têm uma visão fragmentada... Por exemplo: a escola foca na aprendizagem. É preciso falar sobre a mesma criança... ter um mesmo olhar sobre ela... Em um congresso que a gente foi de CAPSi foi falado que seria impossível falar de saúde mental da criança sem falar sobre intersetorialidade.

JADE: Maringá tá atrasada... Quando a gente chama a cultura, o esporte para conversar... Eles não percebem a importância, acham que não tem nada ver com a saúde mental.

TOPÁZIO: não está atrasado... É que é novo...

ESMERALDA: é que não pensam os serviços como possibilidade de produzir saúde... Há 3 anos se discute isso. Quando começamos a discutir a violência contra criança, o esporte, a cultura e o lazer não participavam... Hoje nós já convidamos... antes não se via como possibilidade de produzir saúde, prevenção.

TOPÁZIO: o CAPSi tem essa função de ordenar essa rede, os serviços especializados... Teria essa função de ordenar essa intersetorialidade e não de mandar... Isso já é compreendido por muita gente, mas falta muito ainda.

MEDIADORA-PESQUISADORA: no município temos muitos serviços, instituições... Com quem é mais difícil fazer esse diálogo?

ESMERALDA: estamos nesse momento, pois são novas parcerias, com SASC, Conselho Tutelar, Justiça... Acho que as maiores dificuldades talvez sejam com a SEDUC (Secretaria Municipal de Educação)... Já melhorou muito, mas ainda falta. Também a própria Secretaria de Saúde, manda tudo para cá, encaminha para cá... o que poderia ter atendido lá.

TOPÁZIO: falta cada serviço conhecer o outro, conhecer as competências de cada serviço, o que é deles, o que é do outro.

ESMERALDA: tem melhorado.

JADE: a cultura, o esporte tem que conhecer a questão da prevenção da saúde, quem tem filhos pequenos sabe... Tem que prevenir. Maringá está muito atrasada na cultura e esporte. A gente não tem o investimento financeiro do setor público no esporte, a molecada não tem o que fazer. É preciso investir mesmo...

ÁGATA: temos dificuldades de relação da saúde com outros serviços.

SAFIRA: tá atrasado mesmo. Eu trabalho há 20 anos na rede e a gente nunca discutiu rede... até aqui eu vou... dali para lá não vou e não quero nem saber... A criança vem pra cá, mas continua sendo da educação, da saúde, da ONG... Todo mundo tem algum recurso, mas não se busca estratégias. Tem UBS que não sabe aquilo que tem no bairro e que pode trazer saúde mental. O trabalho é muito individualizado.

JADE: a gente tem barrado mais ainda acontece, a criança vem trazida aqui, por exemplo, pelo Conselho Tutelar, e nós a devolvemos e indicamos o que a criança precisa... Ás vezes é só de um esporte, de um espaço e não do CAPSi. Antes tínhamos que fazer 4 ou 5

atendimentos para descobrir isso e depois devolver... hoje já devolvemos e dizemos que a criança precisa de outras coisas.

MEDIADORA-PESQUISADORA: existem muitos encaminhamentos equivocados? Quem mais encaminha?

JADE: acho que é o Conselho Tutelar e a Educação.

ESMERALDA: com a Educação já sofremos mais, nesse momento é mais com o Conselho Tutelar.

ÁGATA: o Conselho Tutelar e a própria Saúde... A cada semana nas discussões percebemos isso... Com o matriciamento temos possibilidade de conversar com eles sobre esses encaminhamentos equivocados. Mas é nas reuniões que estamos construindo isso.

JADE: na Educação eles encaminhavam qualquer criança. A impressão que dava é que eles não estavam mais discutindo os processos pedagógicos, só encaminhavam, encaminhavam. O Conselho Tutelar começou a perceber isso agora.

ESMERALDA: eles precisariam conhecer melhor a rede.

TOPÁZIO: A gente precisou devolver para eles entenderem. Isso é intersetorialidade, é troca de saberes.

JADE: percebemos que plantamos a semente nesses 2 anos.

TOPÁZIO: a ideia que se tinha é que veio para o CAPSi não tem mais nem dente na boca, não tem mais ginecologia. Não é porque tá aqui que deixa de ser da Atenção Básica.

ÁGATA: a questão é essa, superar essa visão mais limitada. Percebemos na reunião com a rede que tem psicólogo com essa visão mais limitada, desanimado, parece estar sozinho, sem saber o que fazer. Lá não tem equipe igual aqui. Isso faz até pensar na saúde mental do trabalhador.

MAGNETITA: a gente tem chamado as secretarias para conversar, tenta fazer a inclusão.

JADE: a gente chama, chama, alguns não podem vir.

MAGNETITA: alguns participam, outros não. Mas tem que chamar. Alguns percebem a importância e outros não.

LACA: quando tem a primeira vez o matriciamento aí chega todo mundo.

MEDIADORA-PESQUISADORA: em quais momentos vocês percebem que esse diálogo com a rede tem se estreitado?

JADE: nos casos específicos de estudo de caso, reuniões e no matriciamento. A gente consegue ver o que tem em cada serviço.

ESMERALDA: Nos estudos de caso percebo que tem criança que todo mundo tá atendendo, mas falta unificar o olhar. Sempre no final de cada estudo de caso se estipula o que cada setor vai fazer por aquela criança.

TOPÁZIO: assim as intervenções não ficam sobrepostas, se define responsabilidades.

JADE: fazemos ata e depois vamos ver o que se fez. Mas somos menos convidados do que convidamos. Quem mais nos convida?

TOPÁZIO: a Promotoria eu acho.

ESMERALDA: já houve mais situação de estudo de caso, hoje diminuiu. Vamos à rede de saúde, nos eventos da SASC para apresentar atribuições, fazemos mesa redonda.

JADE: há muito eventos do esporte, cultura, eu acho que eles fazem o planejamento sozinhos e fecham e não nos chamam para planejar juntos. Eles nem nos convidam. Nós ficamos sabendo por acaso. Eles não trabalham em parceria.

LACA: eles trabalham com voluntários e isso dificulta. Um exemplo é o trabalho com drogas, trabalham com licitação por projetos, isso talvez demore para dar continuidade.

MEDIADORA-PESQUISADORA: como vocês avaliam o trabalho do CAPSi no território?

JADE: hoje acho que eles percebem que não queremos invadir o território deles. Antes achavam que íamos invadir. Achavam que íamos fazer milagres. Quando a gente começava a mostrar que não dá para fazer sozinho, que precisa do Posto, da Escola...

TOPÁZIO: pensavam que o CAPSi ia avaliar e dizer que os outros setores não trabalhavam. Era novidade para eles, hoje sabem o que fazemos. Existe a contrarreferência, hoje o serviço tem sido visto de forma diferente.

ESMERALDA: é um processo que está sendo construído, já tivemos dificuldades, hoje tem coisas boas, mas ainda há muito para ser construído. Hoje tem UBS que pede o matriciamento.

JADE: tem UBS que evita, tem outras que vêm, a gente não quer dar serviço para eles, queremos partilhar. A gente vai invadir, mas com a permissão deles.

TOPÁZIO: temos feito bastante matriciamento.

JADE: a gente aqui faz Grupo de pais. Teve uma UBS que pediu pra gente ajudar eles fazerem um Grupo lá. A ideia é fazer para eles aprenderem. A gente diz "a gente vai trabalhar para ajudar vocês, apoiar, não vai fazer".

TOPÁZIO: quando as crianças nossas tem alta e voltam para lá, o território é que vai olhar, que tá vendo.

ESMERALDA: não é a presença física, mas temos que levantar cada recurso que tem em cada território e levar para os pais. É uma ação que interfere no território.

ZIRCÃO: até para o pessoal da Atenção Básica é uma coisa nova. Ela trabalha focada no projeto, com tanta coisa do Ministério da Saúde pra fazer. Saber que a pessoa tá sendo atendida o CAPSi a visão é que deixou de ser deles. Essa construção de saber que tá no CAPSi, no CAPSad e que não deixou de ser deles. Ainda não se vê como uma coisa a mais... É um serviço ainda em construção. O CAPSi é um ordenador dessas ações para as crianças e adolescentes. Se for ver sempre vai ter ação para se fazer para as crianças no território.

ÁGATA: Ainda a ideia é encaminhar...

ZIRCÃO: é um problema no processo de trabalho, entendem que é trabalho a mais pra fazer.

ÁGATA: governabilidade, nós aqui não conseguimos ver o que é governabilidade.

TOPÁZIO: não dá para pegar tudo.

ZIRCÃO: não é pegar, é levar, discutir, cutucar.

TOPÁZIO: quando pegamos no CAPSi conseguimos pensar a criança como algo mais amplo, não tem um foco específico.

ZIRCÃO: eu vejo que falta tanto no território. Falta nas universidades, pesquisas, principalmente extensão. Usamos muito pouco as universidades. De algumas temos mais apoio, das particulares principalmente...

JADE: o que a gente usa da UEM, por exemplo? Nada!

MEDIADORA-PESQUISADORA: **essa é uma queixa mesmo, a da falta de projetos de extensão... mas, tudo é muito burocrático...**

MAGNETITA: a gente faz acontecer. Não tinha material no começo para fazer nada, nós comprávamos tudo que precisava pra trabalhar...

JADE: no começo juntaram tudo que era velho e ia ser descartado e mandaram pra cá. A caixa de brinquedo, lembra? Horrível!

TOPÁZIO: agora tá bom porque tem um gestor bom do CAPSi.

ESMERALDA: nós começamos a trabalhar sem material. Compramos tudo, faz pouco tempo que melhorou. Se a equipe não tivesse gana não tinha trabalhado.

MAGNETITA: ou você trabalha desse jeito ou se frustra, não faz nada.

GRANADA: precisava de panelas, as panelas não chegavam... fazíamos vaquinha, comprávamos comida pra nós e para os pacientes. Acho que o gestor nem sabe de nossas vaquinhas.

MEDIADORA-PESQUISADORA: quais outros dificuldades e desafios políticos e com a rede?

SAFIRA: a gente também utilizou a rede para o nosso serviço andar... Fomos buscar, fomos conhecer os serviços, várias vezes usamos o computador da UBS, pedíamos materiais em fábricas, a gente também utilizou a rede para estar onde estamos hoje.

MEDIADORA-PESQUISADORA: uma outra coisa que eu queria perguntar era quais recursos e intervenções vocês consideram imprescindíveis para o trabalho com o público infantojuvenil?

TOPÁZIO: ah, os humanos. Recursos Humanos. Já teve pior, fez milagre, agora não.

JADE: a família e os recursos que atendem a família, CRAS, CREAS, eles nos ajudam quando provêm outros recursos, cesta básica, vale transporte, etc...

ZIRCÃO: o desafio é pensar em rede, esporte, cultura, lazer...

ESMERALDA: a intervenção com a família é o primeiro recurso.

ZIRCÃO: a família e o social.

ESMERALDA: vai depender de cada caso. Tem casos que vamos precisar da família que vai ter que estar mais próxima da criança. Em outros casos é a Educação que é mais importante, o Conselho Tutelar, a Justiça. Vai depender da singularidade de cada caso.

JADE: o que já foi falado pelo F... Não depende do CID. Tem que ter o conhecimento do sócioemocional, biopsicossocial. Sem ter isso o tratamento dessas crianças não vai.

ÁGATA: um exemplo é o projeto que a equipe faz na UBS de orientação da família. A família não sabe o que deve fazer. A família não sabe... acho que leva esse conhecimento.

JADE: ouvimos o relato de caso, o pai com dificuldade com o filho... às vezes eles chegam e não sabem dar limites. Você tem que trabalhar isso com eles.

PÉROLA: ah, mas eu acho que não estamos aqui para ensinar esses pais como educar, estamos como mediadores. Todo pai e toda mãe sabe como educar, mas às vezes têm dificuldades, culpa história de vida que impede...

JADE: pais que não conseguem se organizar, tá necessitando de ajudar a pensar...

TOPÁZIO: não é ensinar, fazer por eles, é trocar, levar, buscar, pensar sobre.

MAGNETITA: têm pais que trabalham à noite, eu sei, mas tem pai que quer educar e o Conselho Tutelar proíbe, eles não sabem o que é certo, o que é errado, estão confusos.

JADE: esse pai sente culpa, tem problema de infância, os pais estão perdidos, não sabem o que fazer. A sociedade deseduca, o Conselho Tutelar também.

ZIRCÃO: muitos não sabem que sabem ser pais.

ESMERALDA: interessante... Alguns pais quando chegam pela primeira vez a gente diz que não tá aqui pra julgar, estamos pra ouvir e eles se abrem.

MAGNETITA: querem ajuda, passamos segurança... precisam pôr limites sem culpa. Acho que precisa de uma intervenção no território desde a gestação.

JADE: ia diminuir a fila do CAPSi!

PÉROLA: as pessoas pedem novos CAPSi, pedem para contratar mais profissionais, eu fico preocupada porque pressupõem que as pessoas vão ficar cada vez mais doentes.

GRANADA: o governo não tá investindo como deveria. Tá investindo no CENSE e deveria investir em outras coisas. Os CENSES são verdadeiras cadeias para crianças, elas estão se enforcando ali dentro.

ÁGATA: as políticas estão sempre apagando os incêndios, não trabalham com a prevenção.

MEDIADORA-PESQUISADORA: **o que tem em termos de políticas públicas de saúde mental para criança e adolescente e como vocês as avaliam?**

PÉROLA: Aqui no CAPSi, a questão do CENSE, as medidas socioeducativas são um exemplo. Às vezes o paciente vem pra cá para cumprir a medida, mas eles não estão entendendo que é tratamento ou proteção. Eles entendem que é punição. Hoje está sendo discutido um plano municipal para reordenar essas políticas, mas não acredito que vai ser diferente. O paciente vê como punição, mas até quem encaminha não vê como tratamento e sim como punição.

JADE: eles dizem eu tô vindo aqui porque fui obrigado.

PÉROLA: vem judicialmente. É obrigada a cumprir vindo aqui, alguns casos prestar o serviço e fazer o tratamento. Muitos são obrigados, tem que ter o relatório deles e a promotoria manda fazer tratamento no CAPSi. A mãe tá desesperada, a escola tá desesperada, a criança não tá entendendo nada.

ZIRCÃO: na verdade não é que não existam políticas públicas é que não funciona... É o que não foi feito e faz parte do ECA, tem e não se aproveita o que tem no bairro. Tem ONGs e políticas, mas não se faz cumprir...

PÉROLA: até tem bastante coisa... Algumas vezes fazer com que os pais tenham mais responsabilidade sobre essa criança. Ter opções que muitas vezes são boas para eles...

ESMERALDA: muitas políticas são erradas pois não veem o que a criança precisa.

MAGNETITA: eu vejo que falta ficar com a família.

PÉROLA: quem disse que a escola integral é boa? Essa criança muitas vezes está dando problema justamente porque precisa da atenção dos pais e mandam ela ficar na escola o dia inteiro.

TOPÁZIO: os serviços querem ensinar a família, vai cada vez mais dizendo quais os serviços que tem e o que fazer mais pelos seus filhos.

MAGNETITA: o ECA em muitas coisas é utópico.

PÉROLA: esbarra no limite da família. É complicado, às vezes tenho que olhar para dentro de casa. Cada vez mais encontramos pais que não se apropriam dessa função materna e paterna, ou seja, do não cuidado. E aí é importante fortalecer a família. Desde o início muitos dos nossos pacientes passaram pela rede e essas crianças já eram consideradas de risco.

MAGNETITA: acho que a política deve ajudar a construir, conversar, dizer o que é ser pai, mãe, "você tem que ser pai e mãe".

ESMERALDA: em outro momento o Estado já disse que estas famílias eram incapazes. A família está desautorizada enquanto família. Agora está mudando, temos que falar que a família é importante, que ela tem o seu papel, que não pode ser descartada. Estamos fazendo o caminho de volta.

TOPÁZIO: tem mães que usaram esses serviços há 3 gerações e não mudaram...

MEDIADORA-PESQUISADORA: **se essa "família de risco" está ainda na rede há tempos, como foi a intervenção com ela? Como essa família está sendo atendida?**

TOPÁZIO: a gente não conhece as políticas públicas enquanto serviço ou se é particular de cada um. A gente vai se ocupar disso? Exige lutar por coisas que não conhecemos.

ÁGATA: ou estamos esperando uma política que seja boa, estamos tendo dificuldade para chegar qual é o objetivo final. Acho que é devagar mesmo.

MEDIADORA-PESQUISADORA: **pessoal, queria agradecer muito a colaboração de vocês nesses três encontros, foi muito bom mesmo. Queria, aliás, agradecer todos os outros momentos que o CAPSi tem aberto as portas pra mim.**