



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Alda Carla Alves Cardozo

**A gestão do sofrimento psíquico infantojuvenil:
Uma pesquisa com a Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de
Janeiro**

Rio de Janeiro

2023

Alda Carla Alves Cardozo

**A gestão do sofrimento psíquico infantojuvenil:
Uma pesquisa com a Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de
Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Maria Cristina Ventura Couto

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C268 Cardozo, Alda Carla Alves

A gestão do sofrimento psíquico infantojuvenil: Uma pesquisa com a Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro / Alda Carla Alves Cardozo – 2023.

213 f.

Orientador: Rossano Cabral Lima

Coorientadora: Maria Cristina Ventura Couto

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Saúde Mental - Infantojuvenil. 2. Atenção Psicossocial. 3. Angústia Psicológica. 4. Transtornos Mentais. 5. Medicalização. 6. Clinicas de Orientação Infantil. I. Lima, Rossano Cabral. II. Couto, Maria Cristina Ventura. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 616.89-008

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Alda Carla Alves Cardozo

**A gestão do sofrimento psíquico infantojuvenil:
Uma pesquisa com a Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Área de concentração: Ciências Humanas e
Saúde

Aprovada em 12 de setembro de 2023

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima (Orientador)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Maria Cristina Ventura Couto (Coorientadora)

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Luna Rodrigues Freitas da Silva

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Melissa Ribeiro Teixeira

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, de quem herdei o nome, e à minha mãe, Aurea (*in memoriam*), sempre presente em minha memória e afeto, inspiração para essa pesquisa, escuta atenta, olhar presente, expressão de força, amizade, amor, sempre...

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), PROEX (Programa de Excelência Acadêmica), Número do Processo: 88887.802077/2023-00.

Agradeço ao meu orientador professor Dr^o Rossano Cabral Lima, pelo apoio, precisão teórica, gentileza, parceria e confiança em me acompanhar nesse projeto.

À coorientadora, professora Dr^a Maria Cristina Ventura Couto por aceitar me coorientar, com sua experiência, paixão e afeto, que desde o primeiro contato me fez acordar para o tema da saúde mental na infância e adolescência.

À banca examinadora de qualificação e defesa desta tese, aos professores: Martinho Braga, Natalia Armony, Rosane Mello, Luna Rodrigues Freitas Silva, Melissa Ribeiro Teixeira e Luciana Jaramilo, meu profundo agradecimento.

Aos professores do IMS, por tornarem possíveis e prazerosos os encontros virtuais durante o período de afastamento social ocasionado pela pandemia de COVID-19.

À Juliana Portugal Garcia Mendes da Silva, secretária executiva do Comitê de Ética do IMS, pela ajuda, paciência e delicadeza em me auxiliar no processo de submissão desta pesquisa ao Comitê de Ética.

Às secretárias Aline, Eliete e Silvia pela disponibilidade sempre presente.

Aos colegas de curso e amigos Andreia Mazaro, Juliana, Janaina Fernandes, Madalena, Franklin, Ana Beatriz, pela parceria e afeto envolvidos nesta convivência.

À Nayara Salaverry, pela revisão do texto.

À Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro por autorizar meu afastamento das funções laborais para que pudesse realizar essa pesquisa.

Aos gestores e equipes dos CAPSi, que participaram desta pesquisa, pela gentileza e disponibilidade em nosso reencontro.

Ao CAPSi João de Barro, pela intensa experiência de articulação entre a clínica e a política no exercício da construção do campo da saúde mental infantojuvenil.

À professora Dr^a. Doris Rinaldi, minha orientadora de mestrado, uma inspiração na articulação da psicanálise com as ciências sociais.

À minha irmã, Adriana, uma companheira na jornada da vida.

Aos meus sobrinhos Pedro e Isabel, a quem vi crescer e me inspiram.

A Gustavo André, meu companheiro, pelo desejo assumido de me acompanhar neste momento.

À psicanalista Selma Correia, pela sustentação de um desejo decidido.

RESUMO

CARDOZO, Alda Carla Alves. **A gestão do sofrimento psíquico infantojuvenil: Uma pesquisa com a Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro.** 2023. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Nesta tese investigamos a noção de sofrimento psíquico, cotejando esse conceito com os de sofrimento social e transtorno mental, na rede de atenção psicossocial infantojuvenil do município do Rio de Janeiro. Consideramos como ponto de partida a construção do sentimento de infância e sua penetração no Brasil por meio do discurso higienista, resultando na tardia inserção da criança na agenda da atenção psicossocial brasileira. Em seguida, apontamos a polifonia discursiva contida na noção de sofrimento e abordamos o tema teoricamente a partir do método genealógico foucaultiano, identificando nessa polifonia os discursos: antropológico, biomédico e psicanalítico. A partir daí, exploramos os distintos níveis do governo da infância, tendo como guias os conceitos de biopoder, biopolítica, governamentalidade e medicalização. Para avançar na investigação, aplicamos metodologia qualitativa com a técnica de coleta de dados por meio de grupo focal, realizado a partir do relato de um caso traçador, eleito por cada equipe de quatro CAPSi da rede de atenção psicossocial infantojuvenil do município do Rio de Janeiro. Os achados da pesquisa nos mostram, por ora, que a noção de transtorno mental, representante do discurso biomédico, mantém-se presente nas práticas da saúde mental em paralelo às noções de sofrimento psíquico e sofrimento social. Há, no entanto, um certo mascaramento do sofrimento motivado pelo social em favor do sofrimento psíquico que, para ser reconhecido, precisa ser nomeado como transtorno. Esse achado nos parece se justificar pela própria condição psíquica da criança e mesmo do adolescente, ainda apresentados (falados) pelo outro. Em nossa interpretação, essa condição se radicaliza quando a história social da criança não lhe oferece marcas do infantil que favoreceriam que o sentimento de infância se fizesse representar nas histórias dessas crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Sofrimento. Saúde mental. Infantojuvenil. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

CARDOZO, Alda Carla Alves. **The management of child and adolescent psychological suffering**: A study with the Psychosocial Care Network of the municipality of Rio de Janeiro. 2023. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

In this thesis, we investigate the notion of psychological suffering, comparing this concept with those of social suffering and mental disorder, in the child and adolescent psychosocial care network of the municipality of Rio de Janeiro. We consider as a starting point the construction of the feeling of childhood and its penetration in Brazil through the hygienist discourse, resulting in the late insertion of the child in the Brazilian psychosocial care agenda. Next, we point out the discursive polyphony contained in the notion of suffering and approach the subject theoretically from the Foucauldian genealogical method, identifying in this polyphony the discourses: anthropological, biomedical and psychoanalytic. From there, we explore the different levels of childhood government, guided by the concepts of biopower, biopolitics, governmentality and medicalization. To advance in the investigation, we applied a qualitative methodology with data collection technique through focus group, carried out from the report of a tracer case, elected by each team of four CAPSi from the child and adolescent psychosocial care network of the municipality of Rio de Janeiro. The research findings show us, for now, that the notion of mental disorder, representative of the biomedical discourse, remains present in mental health practices in parallel with the notions of psychic suffering and social suffering. However, there is a certain masking of suffering motivated by the social in favor of psychic suffering which, to be recognized, needs to be named as a disorder.

This finding seems to be justified by the very psychic condition of the child and even of the adolescent, still presented (spoken) by the other. In our interpretation, this condition is radicalized when the child's social history does not offer him marks of the infantile that would favor the feeling of childhood to be represented in the stories of these children and adolescents.

Keywords: Suffering. Mental health. Child and adolescent. Mental health centers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID	Código Internacional de Doenças
CIEP	Centro Integrado de Educação Pública
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde Mental
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EDI	Espaço de Desenvolvimento Infantil
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
JB	João de Barro
LATESFIP	Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RA	Região Administrativa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SMCA	Saúde Mental para Crianças e Adolescentes
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMPD	Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TOD	Transtorno Opositivo Desafiador
URS	Unidade de Reinserção Social

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	A CRIANÇA E O CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL NO BRASIL	22
1.1.	A construção do sentimento de infância em Philippe Ariès	22
1.2.	A construção do sentimento de infância no Brasil	24
1.3.	Referências históricas da clínica psiquiátrica com crianças e adolescentes	28
1.4.	O caso da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)	32
1.5.	Euphrenia e Psicanálise: um equívoco brasileiro	42
1.6.	Reforma Psiquiátrica Brasileira	45
2.	UMA GENEALOGIA DA NOÇÃO DE SOFRIMENTO	54
2.1.	Sufrimento psíquico: Antropologia	59
2.2.	Sufrimento psíquico: Modelo Biomédico Tradicional	73
2.2.1.	Modelo biomédico e infância	85
2.3.	Sufrimento psíquico: Psicanálise	89
3.	A GESTÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL	100
3.1.	O governo da vida	100
3.2.	Governamentalidade	104
3.3.	Gestão de riscos e saúde mental	107
3.4.	O governo da infância e a medicalização do sofrimento psíquico	112
3.5.	Desenvolvimento e constituição subjetiva na clínica da saúde mental com crianças	117
3.6.	A clínica da escuta com crianças	120
4.	NARRATIVAS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	125
4.1.	Metodologia da pesquisa	126
4.2.	Objetivo geral	134
4.3.	Objetivos específicos	134
4.4.	Escutando as equipes dos CAPSi	135
4.4.1.	CAPSi A	135

4.4.2	. <u>CAPSi B</u>	144
4.4.3	. <u>CAPSi C</u>	153
4.4.4.	<u>CAPSi D</u>	160
4.5	Elaboração de dados	168
4.6.	Síntese	187
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
	REFERÊNCIAS	197
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	207
	ANEXO B - Termo de Autorização Institucional.....	210
	ANEXO C– Roteiro do grupo focal	211
	ANEXO D – Quadro 1	212
	ANEXO E – Quadro 2	213

INTRODUÇÃO

Ingressei na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em janeiro de 2006 como psicóloga, dando continuidade à função que já desempenhava desde abril de 2004 no, então, Posto de Saúde Mario Rodrigues Cid¹. Em 2008 participei da implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) João de Barro, onde desempenhei as funções de psicóloga da equipe técnica, coordenadora técnica e diretora, cargo do qual me afastei em função desta pesquisa de doutorado. O desejo pelo tema do sofrimento psíquico infantojuvenil é resultado dessa intensa experiência no CAPSi João de Barro durante o período de 13 anos, iniciados em de agosto/2008 e concluídos em agosto/2021.

Esse trabalho se deu no território da Área Programática 5.2², o que oportunizou acessar diferentes discursos sobre a infância e adolescência presentes na rede de cuidados à essa clientela, o que foi observado através dos diversos equipamentos que operam o cuidado em rede: saúde, educação, assistência social e justiça.

No contexto das políticas públicas suportadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a categoria “território” ganha lugar de destaque e se articula ao conceito de “cultura” conforme definido por Laraia: “o conjunto dos comportamentos, saberes e saber-fazer característicos de um grupo humano ou de uma sociedade dada, sendo essas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem, e transmitidas ao conjunto de seus membros” (1988, p. 120 *apud* SANTOS, 2005, p. 30). A categoria “cultura” se mostra profícua na medida em que vincula as características próprias do campo do sujeito³ – tal qual definido pela teoria psicanalítica de Freud com Lacan –, ao

¹ Estava inserida na rede como psicóloga de uma empresa terceirizada pelo Município do Rio de Janeiro. Em 2006 ingressei como profissional estatutária.

² “Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu geograficamente a cidade em 10 áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde. [...] As áreas programáticas (APs) têm suas particularidades em função da história e evolução da ocupação da cidade, determinando características regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade” (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. p. 11) Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a>> Acesso em 16 jun. 2023.

³ De acordo com o *Dicionário de psicanálise* (CHEMAMA, 1995, p. 208), é possível definir a noção de sujeito como “Ser humano, submetido às leis da linguagem que o constituem, e que se manifesta de forma privilegiada nas formações do inconsciente. O sujeito em psicanálise é o sujeito do desejo, que Sigmund Freud descobriu no inconsciente. Esse sujeito de desejo é efeito da imersão do filho do homem na linguagem, preciso, pois distingui-lo tanto do indivíduo biológico quanto do sujeito da compreensão. Não é, portanto, o eu freudiano (oposto ao isso e ao supereu). (...)”

campo do Outro⁴, deixando aparecer por meio dessa articulação as narrativas e discursos promotores e/ou prejudiciais à circulação do sujeito até mesmo em sua dimensão de cidadão.

Em uma região da cidade com um dos menores Índices de Desenvolvimento Social (IDS)⁵ são esperadas situações graves de sofrimento psíquico; no entanto, os casos encaminhados ao ambulatório – “postinho” – apresentavam demandas pedagógicas. As situações de grave sofrimento psíquico eram encaminhadas pelo ambulatório de pediatria, serviço social ou fonoaudiologia diretamente ao CAPSi de outra área programática. À época, ainda não havia um CAPSi na AP 5.2 e aquelas crianças, a exemplo da frase de Maria Cristina Ventura Couto (2004) pareciam circular sem acolhimento nos serviços da região, como “peregrinas de lugar nenhum”.

Os CAPSi são dispositivos de saúde mental, de base territorial, herdeiros da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em fevereiro de 2002 foi publicada a Portaria 336, que estabeleceu diferentes modalidades de serviços CAPS, definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Os CAPSi foram implantados sob a modalidade de CAPS II tornando-se formalmente equipamentos estratégicos para a garantia do acesso ao tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves e/ou persistentes. Portanto, há apenas pouco mais que duas décadas temos uma política pública de Saúde Mental destinada a crianças e adolescentes, o que representa uma resposta à desassistência experimentada por esses sujeitos ao longo da história da infância no Brasil.

Por omissão dos operadores de políticas públicas toda a população de crianças e adolescentes que apresentasse uma diferença em relação à norma (deficiência física ou mental) ficava ao encargo de instituições religiosas e filantrópicas. Isso foi corrigido em termos legais pela Constituição Brasileira, no artigo 196: “A *saúde é direito de todos e dever do Estado*, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros” (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Os CAPSi compõem com os demais equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS – Portaria 3088/2011) o campo de cuidado e tratamento à infância e

⁴ Outro, com O (maiúsculo) é um conceito da teoria lacanianiana. Trata-se da noção de “grande Outro”, “concebida como um espaço aberto de significantes que o sujeito encontra desde seu ingresso no mundo; trata-se de uma realidade discursiva(...)” (KAUFMANN, 1996, p. 385).

⁵ Índice de Desenvolvimento Social (IDS/2010) de Campo Grande e Santa Cruz: 0,572; Guaratiba: 0,487 (DATA RIO; INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2022). Fica clara a discrepância quando comparado às áreas socioeconômicas mais valorizadas da cidade. Destacamos os bairros Leblon com IDS 0,780 e Lagoa: 0,819, o mais alto.

juventude no município do Rio de Janeiro. Destacamos que o ordenamento jurídico da política de saúde mental pública no Brasil, pautada pela Reforma Psiquiátrica, é relativamente jovem e data de 2001 a lei 10.216 – Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira –, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de “transtornos mentais” e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Conhecida como Lei Paulo Delgado, teve como efeito a desmontagem do antigo modelo manicomial de tratamento e a consequente oficialização da lógica da Atenção Psicossocial, que preconiza o cuidado em rede e no território de referência do usuário. Neste cenário os CAPS representam o principal serviço de saúde mental territorial.

A rede ampliada de atenção psicossocial infantojuvenil, seguindo a lógica intersetorial, é composta por diversos dispositivos de cuidado em compartilhamento com o campo da saúde – Educação, Justiça, Conselho Tutelar, Assistência Social e Saúde em geral – e encontra nos CAPSi seu principal vetor de ordenação do cuidado no território. Destacamos o conceito de cuidado como um dos principais orientadores das práticas em saúde, consistindo em incluir o cidadão como responsável e ativo no processo saúde/doença, ressaltando os elementos subjetivos e valorizando a interpretação construída pelo próprio sujeito sobre seu processo de saúde ou adoecimento, como Carnut (2017): “Assim, o cuidado emerge como categoria central na prática de quaisquer profissionais de saúde, exigindo, assim, que todos aqueles que se dedicam à área compreendam os elementos constitutivos do cuidado” (p. 1178-1179).

Quanto à equipe técnica, os CAPSi são compostos por equipe multidisciplinar e sua clínica, na maioria dos equipamentos do Rio de Janeiro, é orientada pela teoria psicanalítica⁶, o que tem como consequência uma escuta orientada ao sujeito tal qual inaugurado por Freud – ou seja, o sujeito do inconsciente.

Na publicação *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* (BRASIL, 2004, p. 23), é explícita a descrição de um CAPSi e de seu usuário:

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. (BRASIL, 2004, p. 23, grifos nossos)

⁶ Atualmente, o município do Rio de Janeiro conta com sete CAPSi: CAPSi Pequeno Hans; CAPSi Elisa Santa Rosa; CAPSi Maria Clara Machado; CAPSi João de Barro; CAPSi Heitor Vila Lobos; CAPSi Visconde de Sabugosa; e CAPSi Maurício de Souza, tendo sido os três últimos inaugurados no ano de 2012 (RIO DE JANEIRO, 2022).

Nessa publicação, é claro o destaque para a importância que o laço social confere à avaliação situacional, a independer do diagnóstico psíquico. Temos, então, uma construção diagnóstica que diz respeito ao singular do sujeito e ao campo social no qual ele se insere, constituindo uma interseção a ser avaliada. A ausência ou prejuízo do laço social parece representar uma das indicações ao tratamento, considerando que já aponta para um processo de desligamento das relações com o Outro. Sua importância é destacada por Freud, em 1914 em “Sobre o narcisismo, uma introdução”, ao afirmar que a saúde psíquica está vinculada ao investimento libidinal no campo do Outro, e seu inverso, a retração da libido para o eu, está na base das neuroses narcísicas, o que posteriormente foi nomeado “esquizofrenia”. No contexto do discurso social, a garantia de direitos de cidadania está legitimada pela Constituição Brasileira de 1988, conhecida como Constituição Cidadã.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) representou um marco no processo de construção da política de saúde mental brasileira ao incluir a intersetorialidade como uma exigência técnica, política e clínica para a prática do cuidado em atenção psicossocial. O que, além de promover cuidado ao usuário também apresenta desafios aos operadores do cuidado.

A polifonia discursiva, expressão dos vários discursos presentes no campo da saúde mental, é um efeito do próprio objeto desse campo: o sofrimento. Neste sentido, no segundo capítulo dessa tese, intitulado “Uma genealogia da noção de sofrimento”, discutiremos a genealogia da categoria sofrimento considerando sua representação nos discursos antropológico, biomédico e psicanalítico.

Na publicação *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* (2004, p.15), o signo “sofrimento” comparece na identificação do usuário indicado ao tratamento realizado nos CAPS:

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais

A Portaria nº 3.088 de 23/12/2011, republicada no ano de 2013, institui a Rede de Atenção Psicossocial, e, novamente, descreve a população alvo de um CAPSi. Dessa vez, a partir da articulação das noções de “sofrimento psíquico”, “transtorno mental” e “laço social”, conforme segue:

CAPSi - atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (Brasil, 2013, grifos nossos)

Essa indicação obedece a uma tríade onde “sofrimento” comparece como expressão de um “transtorno” cujo efeito é a interrupção ou prejuízo dos “laços sociais”. Portanto, parece tratar-se de uma solução de compromisso ao articular os discursos social, biomédico e psíquico.

Já no ano de 2014, em publicação do Ministério da Saúde (2014:23), o tema dos CAPSi foi novamente abordado e seu usuário descrito conforme segue:

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos⁷ psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais⁸.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, utiliza a nomenclatura estabelecida pelo Código Internacional de Doenças (CID), conforme orientado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como instrumento técnico de avaliação diagnóstica em seus serviços de saúde. Como consequência, mesmo os CAPS precisaram nomear o “sofrimento” como “transtorno mental”, tendo em vista ser esse o significante mestre (LACAN, 1992) da “anormalidade mental” na atualidade. Neste sentido, há uma identificação dos ditos “comportamentos inadequados” ao mal funcionamento de conexões neuronais, e, portanto, ao que é meramente fisiológico.

A CID em sua décima edição, a CID-10, assim como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), adota a categoria “transtorno” mental para designar um comportamento inadequado e interpretado como externo ao pacto social. A quinta versão do DSM, o DSM-V, apresenta a seguinte definição de transtorno mental:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada

⁷ Aqui, o “sofrimento psíquico” foi substituído por “gravemente comprometidos”.

⁸ Grifos nossos.

culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito. (DSM-V, 2014, p. 20, grifos nossos)

A categoria transtorno, em nossa interpretação, responde a uma demanda normativa que contempla um ideal universal, impreciso e codificado em função do campo ideológico do avaliador. Ademais, exclui os determinantes sociais da saúde⁹, tão caros aos processos socioculturais de elaboração das noções de saúde e doença. Ao considerarmos a história da taxonomia psiquiátrica de crianças e adolescentes no Brasil, a partir das categorias do “monstro”, do “anormal”, do “doente mental” (LOBO, L. F.; FRANCO, D., 2018), nos parece que a categoria transtorno faz recuo àquelas na medida em que renomeia uma diferença a partir de aspectos descritivos. Neste sentido, a categoria “transtorno” se mostra estranha ao quadro dos processos de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial instituídos pela Lei 10. 216/2001 e pela portaria 336/2002.

O uso da categoria “transtorno”, disseminada na cultura contemporânea, parece pôr em risco o reconhecimento da subjetividade do usuário no processo de execução do cuidado em saúde mental e atenção psicossocial na medida em que se orienta pela lógica excludente do diagnóstico psicodinâmico – ou seja, pautado na história do sujeito em suas relações com o campo do Outro. Desse modo, tende a pressionar os CAPSi a responder sob a perspectiva de um mandato excludente da subjetividade, conforme apontam os psicanalistas Jerusalinsky e Fendrik (2011, p. 238) ao destacarem o apagamento da categoria de sujeito em sua radicalidade inaugurada pela psicanálise, na trajetória do DSM.

[...] foi se apagando esse esforço por ver e escutar um sujeito, com todas as dificuldades que ele tivesse, no que tivesse para dizer, e foi-se substituindo pelo dado ordenado segundo uma nosografia que apaga o sujeito. [...] É assim que os problemas deixam de ser problemas para serem transtornos.

A noção de sofrimento utilizada pelo psiquiatra humanista Franco Basaglia – pai da Reforma Psiquiátrica Italiana – descreve uma experiência subjetiva que não se

⁹ De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais da saúde (DSS) são definidos como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.” In: BUSS e FILHO, 2007. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006> > Acesso em: 16 jun. 2023.

inscreve na categorização diagnóstica. Basaglia uniu a noção de “sofrimento” à de “sujeito” no sintagma “sujeito sofrimento” (BASAGLIA, 2010 [1967], p. 86) e desse modo nomeava pacientes psiquiátricos. Noção que se mostra fundamental para a sustentação ética e clínica do cuidado em saúde mental.

No campo infantojuvenil, entretanto, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se deu com muitas especificidades, e, mesmo o a noção de “sujeito sofrimento” basagliana deve ser abordada com ressalvas. Isso porque o reconhecimento da experiência de sofrimento de uma criança ainda é uma questão de frágil convergência mesmo entre os profissionais do campo da saúde mental.

A rigor “o pedido” de tratamento da criança/ adolescente não é realizado por ela própria, mas sim por seus responsáveis e, sua condição de “sujeito em desenvolvimento” tende a encerrá-la em um tempo de espera para que possa se responsabilizar até mesmo por seu desejo¹⁰ e seu sofrimento.

Um CAPSi, como instituição de saúde mental componente de uma rede de atenção psicossocial, deve acolher, cuidar, promover autonomia, contratualidade e inclusão social. Orientados por essa lógica, no CAPSi João de Barro nos deparamos com situações muito graves e com grande exigência de tratamento e promoção de cuidado. No entanto, foi o grande volume de demandas por atendimento a crianças a partir do paradigma médico tradicional doença/cura que despertou nosso desejo para a elaboração desta pesquisa. Verificamos, naquela experiência, que grande parte das demandas ao CAPSi eram apresentados apenas por descrições fenomênicas e seu correlato: a demanda normativa.

Em “*A doença e seu duplo*”, Basaglia (2010 [1967], p. 165) identifica a noção de “norma” à ideia de “produção” nas sociedades industriais, nas quais o homem normal deve ser também produtivo. Considerando a observação basagliana, tal demanda nos apresentava a forte tendência à medicalização e psiquiatrização da infância e adolescência, com vistas à profilaxia de “um desvio” na vida adulta (KAMERS, 2013).

Associado a isso, verificamos a denegação do sujeito histórico e político, conforme destacam Onocko Campos e Furtado (2014, p. 13), no livro “*Psicanálise e Saúde Coletiva*”, onde atentam para a importância de incluir a dimensão do inconsciente

¹⁰ De acordo com o *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan* (KAUFMANN, 1996), o termo desejo designa “o campo de existência do sujeito humano, sexuado, em oposição a toda abordagem teórica do humano que se limitaria ao biológico, aos comportamentos ou aos sistemas de relação” (p. 114).

apresentado por Freud (1900) no campo da saúde coletiva como estratégia clínica de condução do cuidado. Nessa perspectiva, põe o sujeito como protagonista dos processos de cuidado é atualizar a condição cidadã daqueles que bordejam a queda do laço social.

Ao contrário, na perspectiva meramente fenomênica, o dito “louco” é simplesmente um indivíduo desviante, um gerador de transtornos, a ser adaptado ou readaptado. Ao discutir o termo “transtorno”, Esperanza (2011, p. 57) oferece três motivos para sua manutenção pelo campo psiquiátrico tradicional:

1- O termo transtorno permite aplicar o modelo médico à psiquiatria – demonstração pelo contrário –, muitas patologias médicas não têm correlato orgânico. Esta é sua elasticidade; 2- A modificação da norma ideal de saúde apoiada em uma objetificação estatística e neutra do experimentador mascara que a avaliação nada mais seja do que a suposição de normalidade do avaliador, seu juízo de realidade e sua ideologia; 3- Sua aplicação expõe o sujeito ao controle social.

Podemos deduzir do acima exposto que o termo “transtorno”, como identidade de uma patologia, está vinculado à correção de um erro que se apresenta deslocado do campo discursivo biomédico e alcança o campo psíquico. Como consequência, o sujeito é apartado do seu sofrimento, do seu psiquismo, e de sua história (a psicodinâmica); excluindo, portanto, sua relação de saber sobre seu sintoma. Em decorrência desse processo, a busca por terapias exclusivamente medicamentosas parece reduzir a autonomia do sujeito sobre sua história e, com alguma frequência, se mostra falha (ESPERANZA, 2011). Expandido essas observações para o campo infantojuvenil, é possível deduzirmos a tendência ao aprisionamento às categorias diagnósticas, prejudicando a possibilidade de avançar para além do dito sobre um sujeito reduzido à nosografia psiquiátrica.

Com a chegada da maioridade notamos, a partir da experiência no CAPSi João de Barro, a tendência ao desinvestimento dos familiares. O que é expresso pelo pedido por “um lugar para ele/a ficar” – ou seja, o manicômio. Neste sentido, partilhamos com Paulo Amarante (1994, p. 74) a afirmação de que: “A história da nossa psiquiatria é uma história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social.”. No caso do sofrimento psíquico infantojuvenil, a lógica manicomial tem início muito precocemente, ao incidir sobre o processo de escolarização, quando as ditas “crianças especiais”¹¹ são transferidas das classes regulares para as “classes especiais”

¹¹ Termo criado na década de 1990 para adjetivar as crianças com necessidades especiais em função de problemas físicos ou/e mentais. Em nossa cultura o dia 09 de dezembro celebra o “Dia da Criança Especial” (FMB, 2016).

ainda existentes na Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro (SME/RJ). Talvez, essa tendência à exclusão da diferença veiculada pela "loucura" possa ser entendida pelo que ela evidência do mal-estar, condição que participa do psiquismo humano e não se confunde com o sofrimento (FREUD, 1980 [1929]).

Após duas décadas, é possível verificarmos que houve avanços e retrocessos na política de saúde mental infantojuvenil, com ampliação da rede CAPSi, embora ainda seja insuficiente, além da insistência do apagamento da subjetividade da criança por parte de alguns atores da rede.

No ano de 2004 foi criado o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil instituído pela Portaria GM 1608, de 03/08/2004, que abordava a intersetorialidade como um de seus fundamentos. No entanto, a abordagem dos atores da rede de cuidados às questões associadas à infância ainda se mostra pouco deslocada das concepções tradicionais. O que se agudizou durante o ano de 2014 quando, em função do processo de crise política que resultaria no golpe parlamentar que impediu a Presidente Dilma Rousseff de concluir seu segundo mandato, os encontros do Fórum Intersetorial foram interrompidos, prejudicando a construção em rede de políticas públicas voltadas para a infância.

Na atualidade dos CAPSi, insiste a intensa demanda de reabilitação de “transtornos” e de internação da loucura – metáforas clássicas do ainda persistente paradigma psiquiátrico que reduz o tratamento à internação e medicalização do sintoma. Esse modelo se faz notar, na contemporaneidade, por novas roupagens: medicamentos modernos, classes especiais e até mesmo atividades lúdicas (futebol, escolinha de teatro, música...). Nessa perspectiva, o que se observa é um apagamento do corpo, da palavra e da história do sujeito em nome da adaptação que o mercado de trabalho no futuro exige. A demanda de tratamento, como um sinônimo de adequação comportamental, parece desnudar seu aspecto de espécie de “preparação para o futuro” (KUPFER, 2013), que exclui o sujeito do processo de sua existência no presente em função de uma idealização do futuro; e, em paralelo, rejeita a condição de sofrimento psíquico que a criança ou adolescente possa estar experimentando.

Couto (2004, p. 6), em seu artigo intitulado “*Por uma política pública de saúde mental infanto-juvenil*”, cita o que entende como “os três mal-entendidos relacionados ao tratamento de crianças em Saúde Mental” destacando que eles se articulam ao lugar social e narcísico ao qual a criança é identificada na cultura Ocidental. São eles: o mal-entendido pedagógico, o mal-entendido da justiça e o mal-entendido da saúde mental.

Nessa narrativa temos o mal-entendido orientado pela polissemia discursiva na origem de seus campos: Pedagogia, Justiça e Saúde Mental. O campo político institucional onde se dá a referida polissemia discursiva exige dos operadores do cuidado uma abertura para que o usuário, tomado como sujeito (Onocko Campos e Furtado, 2014), seja o protagonista de sua história.

Inspirados pelas questões destacadas do campo da atenção psicossocial infantojuvenil, priorizamos, nesta pesquisa, a articulação das categorias “gestão” e “sofrimento psíquico”, tendo em vista que o ordenamento jurídico da política pública de saúde mental garante o cuidado a portadores de transtornos graves e/ou persistentes o que se enraíza na própria noção do sofrimento.

A pesquisa de revisão bibliográfica sobre o tema do sofrimento psíquico articulado à gestão do cuidado nos CAPSi foi realizada na Base de Dados BVS, com os descritores: “sofrimento” e “CAPSi” e “profissionais” obtendo uma amostragem de 7 produções nos últimos 10 anos; e, “sofrimento” e “CAPSi”, em que obtivemos uma amostragem de 25 produções científicas em 10 anos.

Observamos pouquíssima produção científica associando “sofrimento psíquico” e infância. O tema “sofrimento psíquico infantojuvenil” divide os operadores do cuidado inter e intrasetorialmente, o que indica a polifonia discursiva em torno da noção “sofrimento” e sua relação com a gestão do cuidado em um CAPSi.

Pelo exposto, esta pesquisa tem como objetivo geral investigar a gestão do sofrimento psíquico na infância e adolescência no cenário dos CAPSi do município do Rio de Janeiro por oposição a “transtorno mental”. Os objetivos específicos envolvem analisar os enunciados discursivos e as representações relacionadas às noções de sofrimento social, transtorno mental e sofrimento psíquico na narrativa dos atores do cuidado à infância e juventude, e pesquisar o modo como a noção de transtorno mental em oposição ao sofrimento psíquico, comparece nas práticas do cuidado no campo da saúde mental.

Para atingir tais objetivos empregaremos metodologia qualitativa por meio da técnica de grupos focais realizados com a equipe técnica de cada CAPSi representante de sua RAPS. A Secretaria Municipal de Saúde organiza a RAPS em três áreas: Norte, Sul, Oeste. Serão eleitos quatro CAPSi, amostragem que representa a especificidade do cuidado realizado pelos CAPSi em cada uma dessas regiões. Apenas uma das regiões será representada pelas equipes de dois CAPSi em função do exíguo quantitativo de profissionais dessas equipes.

Para tanto, estruturamos a tese em quatro capítulos. No primeiro capítulo abordaremos “A criança e o campo da atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil”, considerando a construção da ideia de infância na modernidade europeia e brasileira, as referências clínicas da psiquiatria com crianças e o marco político, histórico e legal da Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

No capítulo 2, intitulado “Uma genealogia da noção de sofrimento” abordamos a polifonia discursiva em torno da noção de sofrimento a partir de três discursos: o antropológico, o biomédico e o psicanalítico. Esses três discursos constituem o campo social, biomédico e psíquico e indicam a transversalidade da categoria sofrimento. Esse, como fundamento do cuidado no campo da saúde mental, indica a necessidade técnica da interdisciplinaridade.

No terceiro capítulo “A gestão do sofrimento psíquico no contexto da rede de atenção psicossocial infantojuvenil” nos orientamos pelas produções de Michel Foucault e Pierre Bourdieu para abordar os processos discursivos de construção da gestão em saúde mental tanto no nível macro quanto no micropolítico do cuidado. Nessa discussão, demos especial atenção ao conceito de “gestão” associado à “infância” no campo institucional da gestão pública de cuidados.

Por fim, no capítulo quatro, nomeado “Narrativas da rede de atenção psicossocial infantojuvenil do município do Rio de Janeiro”, apresentamos a pesquisa de campo com quatro CAPSi do município do Rio de Janeiro. Inicialmente apresentamos os casos traçadores e na sequência o relato do grupo focal com os enunciados discursivos dos componentes dos grupos, em seguida, distinguimos as categorias analíticas: sofrimento social, transtorno mental e sofrimento psíquico. Realizamos a análise de cada uma dessas categorias para, por fim, responder às perguntas da pesquisa.

1. A CRIANÇA E O CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL NO BRASIL

Abordaremos, neste primeiro capítulo, os aspectos históricos relevantes para a construção sociocultural da noção de infância, oriunda da produção do historiador Phillippe Ariès em sua pesquisa documentada no livro *História Social da Criança e da Família* (1981[1973]). No plano nacional, destacaremos a obra do psiquiatra e psicanalista Jurandir Freire Costa, *Ordem médica e norma familiar* (1979) e o trabalho da historiadora Mary Del Priore no livro *História da criança no Brasil* (1991).

A retomada de aspectos históricos de um campo de estudo, neste caso, o campo da infância e da juventude, é avaliada por nós como importante estratégia para uma pesquisa que examinará a polifonia discursiva, a construção de subjetividades e seus efeitos para o campo do sujeito, tal qual definido pela psicanálise – o sujeito dividido pelo desejo.

A narrativa do processo de construção do sentimento de infância, neste estudo, consiste em dar suporte ao modo como as instituições paulatinamente construíram espaços voltados para a infância a partir do afeto de reconhecimento do mundo infantil.

Tal construção sociocultural, associada à gestão do cuidado em saúde mental, promove práticas de saber e poder (FOUCAULT, 2002; 2004), conforme orienta o método genealógico foucaultiano, verificáveis através dos operadores técnicos do cuidado e tratamento no campo da saúde mental e atenção psicossocial infantojuvenil. Com essas referências, abordaremos a seguir a construção do sentimento de infância na Europa e posteriormente no Brasil.

1.1. A construção do sentimento de infância em Philippe Ariès

O historiador Philippe Ariès é um dos principais autores a desnaturalizar o discurso sobre a infância nas sociedades ocidentais. Seu já clássico livro *História social da criança e da família* (1981 [1973]) aborda o lugar social ocupado pela criança desde o período medieval até a modernidade através de suas relações primordiais: família, educação e igreja. Sua principal noção, “sentimento de infância”, descreve o modo como a sociedade do séc. XII se relacionava com a criança, excluindo dessa relação o contemporâneo investimento afetivo que eleva a criança à condição de prioridade.

O “sentimento de infância”, portanto, é a expressão cunhada pelo historiador para descrever a expressão consciente do afeto que particulariza a infância de tal modo a distinguir a criança do adulto (ARIÈS, idem, p. 97). Destacamos que a imagem da criança, em sua inegável diferença em relação ao adulto, era percebida por aquela sociedade do século XII. No entanto, o que está em questão é o caráter do afeto que lhe que era devotado, sendo a indiferença sua principal característica. O que Ariès conclui, na verdade, é que a criança era vista em sua imagem, mas não era percebida em sua representação afetiva.

Verifica-se no século XIII um deslocamento em relação à representação da infância. Três tipos de crianças são interpretados nas artes: o anjo, o menino Jesus e a criança gótica (nua). O corpo da criança é representado com seus aspectos naturais, no entanto, ainda permanece a lógica anterior na qual a infância é excluída do espaço relacional humano.

Nos quadros, é comum a presença da criança em cenas celestes, mais próxima ao anjo do que à vida terrena. Essa representação parece fazer referência à alta taxa de mortalidade associada à infância daquele momento, quando sua morte não era considerada uma exceção e, de certa forma, era esperada.

Embora a expressão do afeto de reconhecimento do infantil na criança seja observável apenas no século XVI, já é possível verificar seus indícios desde o início no século XIII. Com a emergência do afeto denominado “paparicação”, no século XVII, a criança passou a ser objeto de “mimo” e admiração em sua graça infantil, o que concorreu para que não fosse separada dos ambientes destinados aos adultos. Em contrapartida ao sentimento de “paparicação”, emergiu o sentimento de “exasperação”, que expressava intolerância ao “paparico” e preocupação com a educação.

Ariès atenta para o fato de que, no fim do século XVII, a “paparicação” não era característica exclusiva das famílias burguesas, sendo uma atitude comum mesmo entre as famílias do povo. Estes dois sentimentos, “paparicação” e “exasperação” – o primeiro nascido no interior da família e o segundo oriundo dos eclesiásticos, homens da lei e moralistas dos séculos XVII e XVIII –, inauguram uma nova atitude afetiva da família. A anterior negligência deu lugar ao zelo da família com a higiene e saúde física da criança. A partir do século XVIII a criança tornou-se figura central na família moderna e tudo o que lhe dizia respeito ganhou destaque. A educação – correlato da inserção do indivíduo como futuro da civilização – se tornou um dos discursos privilegiados do campo do cuidado à infância.

Através de pesquisa iconográfica, Ariès interpretou a construção do sentimento de infância através do olhar do artista. As obras de arte, nesse estudo, se apresentam como discurso capaz de interpretar o conjunto de valores de uma cultura. No Brasil, Jurandir Freire Costa e Mary Del Priore se valem das veias abertas do período Colonial Brasileiro, retratadas nas artes plásticas e literárias, para abordar o processo de inclusão da infância como período da existência humana merecedor de atenção e zelo, conforme acompanharemos a seguir.

1.2. A construção do sentimento de infância no Brasil

A construção de uma cultura tem início pelos signos que nomeiam, identificam e qualificam os objetos de uma época de sua história. Assim, a obra *História das crianças no Brasil* (2021[1999]), uma coletânea de artigos de diversos autores, organizada pela pesquisadora Mary Del Priore, recorre aos significantes utilizados à época para nomear o universo infantil brasileiro. Aborda o afeto destinado a crianças e adolescentes, meninos e meninas, pobres e ricos, negros e brancos, escravos e livres a partir do espírito do tempo interpretado pelos signos linguísticos do período histórico.

Cada palavra – condições de aprisionamento ao olhar do Outro – expressa a posição do sujeito no discurso da cultura. Um desses discursos localiza a criança como sujeito em desenvolvimento, atribuindo-lhe idades. As idades da vida, descoberta humanista da especificidade da infância e adolescência, foi ratificada no século XIX (ARIÈS, 1981[1973]). A década de 1830 já atesta em dicionários a presença dos termos criança, adolescente e menino. O feminino de menino – menina – é, inicialmente, uma expressão de carinho e, posteriormente passa a designar “creança [criança] ou pessoa do sexo feminino que está no período da meninice” (MAUAD, 2021[1999], p.140). Nesse momento, “criança” é a cria da mulher, no sentido de ser criada. Nessa lógica discursiva, também plantas e animais possuem suas crias – crianças; e, criar significa amamentar, ou alimentar com a própria seiva, no caso das plantas.

Nas primeiras décadas do século XIX, em função do uso generalizado do termo “criança”, os dicionários reservaram a palavra à espécie humana. O termo “adolescência”, contrariamente à ideia de que seja uma construção do século XX, já comparece nos dicionários da época, no entanto, seu uso não era comum. A adolescência compreendia o período da existência humana entre os 14 e os 25 anos de idade. Seus sinônimos mais utilizados: mocidade ou juventude e, diferentemente do uso

contemporâneo, utilizava-se “adolescente”, para a moça. A adolescência caracterizava-se pelo desenvolvimento físico e a conquista da maturidade.

Já a definição de infância, atrelada às condições físicas e intelectuais do sujeito, mostra-se muito mais imprecisa naqueles dicionários. Reconhecia-se a “meninice” como o período de desenvolvimento intelectual da criança. A palavra estava relacionada com às ações próprias do menino e, por extensão, à falta de juízo na pessoa adulta. Esse conjunto de termos e significados, de certa forma nos permite acessar o modo excludente como a sociedade oitocentista brasileira se relacionava com a infância e adolescência.

Assim como Ariès, também a pesquisa de Priore se vale das imagens da época e, assim, destaca-se a fotografia com sua capacidade de ler, sob o olhar do fotógrafo, os discursos culturais por meio da arte. Através de fotos da família Imperial, onde consta a presença de crianças nas cenas familiares, atestamos a relação de afeto com a criança nos primeiros anos do século XIX no Brasil.

A experiência do sofrimento pela morte de uma criança foi uma novidade para a época e revelou a presença do sentimento de infância, que reverteu o antigo descaso na tendência ao zelo e procedimentos de cuidado para diferentes etapas da vida. Nesse processo destacavam-se os cuidados aos recém-nascidos e crianças até sete anos de idade. No entanto, numa sociedade colonial, escravocrata e patriarcal como a brasileira, resta a questão sobre quem estaria à frente dos cuidados com as crianças no interior das famílias (MAUAD, 2021[1999], p. 159-60).

Em oposição à relação estabelecida com a criança das classes das elites, às crianças escravas, em sua maioria “crioulas”, restava o lugar desumanizado. O escravo crioulo se diferenciava do escravo africano pois, embora fosse descendente de africanos, era nascido na América. No Brasil, portanto, as crianças escravas eram ditas “crioulas” e eram consideradas, de certo modo, um tipo ideal de escravo pois já nascido sob a condição servil.

“A infância escravizada era a marca crucial do escravo crioulo. Apesar de cativo, ele jamais chegaria a ser um completo estrangeiro à sociedade escravista, como aqueles trazidos da África. Um lugar privilegiado na hierarquia que organiza a vida da escravaria, e a impaciência, eram os efeitos mais visíveis de uma infância escrava.” (Idem, p. 189). Escravizadas, pobres e improdutivas, essas crianças eram olhadas como indesejáveis em sua condição infantil.

No livro *Ordem médica e norma familiar* (1979), Jurandir Freire Costa resgata as frágeis relações das famílias do Brasil colônia (1530 a 1822) com suas crianças. Naquela

sociedade colonial brasileira, caracterizada como escravocrata e patriarcal, as relações familiares se caracterizam pela figura central do pai, senhor da família e dos escravos. A família, à diferença do ideário romântico contemporâneo, figurava como espécie de empresa organizada em torno de seu chefe, o patriarca; e, o filho – se homem –, portava a qualidade de tornar-se continuador da empresa familiar.

Nesse contexto não havia lugar para o filho criança, tendo em vista que a família era ordenada como uma empresa e movia-se em função do pai, que ocupava a função de chefe. A identificação dessa família estava associada à produção de bens e os filhos tinham a função de ajudar o pai/chefe na manutenção da empresa/família. No entanto a fragilidade física da criança e a alta mortalidade infantil acabavam por localizar os filhos-crianças como um peso, pois não poderiam participar ativamente do modo de produção da empresa-família. Em paralelo, a sociedade colonial era marcada por aguda moral religiosa e alta mortalidade infantil. Tanto em termos religiosos quanto terrenos, a condição infantil da criança foi desvalorizada. O que parece se explicar pelo espírito da época pois, em termos econômicos, ela ainda não possuía condições de produzir bens de consumo e em termos religiosos ainda não lhe era creditada alma. A infância, portanto, figurava como um tempo de espera para vencer a morte e acessar o valor religioso de portadora de uma “alma”. Passada a fase da infância, tornada adulta, a criança estaria autorizada a participar daquela sociedade colonial.

Até o século XIX a criança brasileira permaneceu desinvestida de cuidados, quando então o projeto médico higienista teve a função de reordenar o espaço urbano. Dois movimentos conjuntos tiveram lugar na intervenção da medicina social higienista: manter as crianças vivas e educá-las. A prática da educação ganhou função de destaque no projeto de invenção desse novo homem e instituições de educação passaram a desempenhar a função de transformar a sociedade colonial imprimindo-lhe hábitos orientados pela medicina higienista. A missão da escola, portanto, iria muito além da transmissão do saber; tornara-se destarte uma espécie de “laboratório” de produção do “novo homem”. No entanto, cabe destacar que esse projeto se destinou às crianças da elite que chegavam ao Brasil com a corte portuguesa.

Em paralelo ao investimento médico higienista na família de elite através da infância, havia uma outra infância mantida excluída de qualquer projeto que, mesmo equivocadamente, lhe atribuiu importância. As crianças escravas e oriundas de famílias populares não tiveram qualquer investimento, e a roda dos expostos, instrumento social nefasto à vida de recém-nascidos, perdurou até a primeira metade do século XX. Nas

galeras de navios negreiros, senzalas, e, mesmo na roda dos expostos, crianças continuavam o destino cruel reservado aos indesejáveis (GÓES e FLORENTINO, 1999 [2021]).

Portanto, no Brasil, a constituição do sentimento moderno de infância contou com a influência do discurso pedagógico associado ao discurso médico, através das práticas médico-higienistas do século XIX. A aspiração ao “novo homem” através da impressão de hábitos nos colégios internos expressa o descrédito à infância em favor de um modelo de sociedade a ser alcançada.

De acordo com o projeto médico higienista, a formação dos bons hábitos na criança deveria começar pela renovação dos costumes alimentares e o internato escolar se revelou um protótipo do espaço disciplinar dedicado ao corpo. “No microuniverso do colégio, a higiene antevia a sociedade ideal e as crianças, sendo isoladas das influências do ambiente familiar, prestavam-se docilmente aos ensaios médicos sobre educação física e moral.” (COSTA, 1979, p. 179). O “laboratório escola”, através da técnica da criação hábitos, vislumbrava disciplinar o pensamento, o corpo e o afeto do pretense homem moderno; e, um adulto que sofresse a intervenção da pedagogia higiênica não teria memória desse procedimento. Seu comportamento, construído em “laboratório” pareceria natural ao homem moderno (COSTA, 1979). Conforme observado, no Brasil, a constituição do sentimento moderno de infância contou com a influência do discurso pedagógico associado ao discurso médico, através das práticas médico higienistas do século XIX. A aspiração ao “novo homem” através da impressão de hábitos nos colégios internos expressa o descrédito à infância em favor de um modelo de sociedade a ser alcançada.

Em paralelo ao investimento médico higienista nas famílias de elite, havia uma outra categoria de infância mantida excluída de qualquer projeto de Estado. Essa era a infância das crianças escravas e oriundas de famílias populares. Elas continuaram sem qualquer investimento e a roda dos expostos, instrumento social nocivo à vida de recém-nascidos, perdurou até a primeira metade do século XX. Nas galeras de navios negreiros, senzalas, e, mesmo na roda dos expostos, através das crianças dava-se continuidade ao destino cruel reservado aos indesejáveis (GÓES e FLORENTINO, 1999 [2021]).

Neste contexto disciplinar teve início o investimento em uma clínica psiquiátrica direcionada à infância, conforme segue.

1.3. Referências históricas da clínica psiquiátrica com crianças e adolescentes

No Brasil, assim como na europeia, a medicina do século XIX não se interessou especificamente pelos “desvios da infância”. No período de transição para o século XX, o suporte religioso, que fundamentava as explicações sobre a vida, perdera lugar para o discurso científico e, com isso, a política brasileira incorporou os saberes especializados, passando a empreender ações de governo pautadas na ciência e no campo jurídico. Tais saberes visavam normatizar os modos de ser, pensar, falar, sentir etc. da população. Nesse momento teve início a instituição do higienismo com seus discursos sobre os modos de vida, seus hábitos, os locais onde vivem os indivíduos e os riscos que determinados comportamentos ofereciam à ordem social.

Crianças, negros, pobres, espaços populares tais como cortiços, tudo o que escapava à norma prevista pela medicina social era objeto de intervenção higienista. De acordo com Moncorvo Filho, a higiene infantil “[...] são todos os cuidados já ditos, porém prestados às crianças desde a hora do nascimento até a puberdade” (apud LOBO; FRANCO, 2018, p. 48). O deslocamento do político ao médico, atrelado à moralização das práticas de vida do povo, centralizou na orientação higienista a solução para os problemas sociais, políticos e econômicos do Brasil.

Neste contexto, a eugenia, uma das principais linhas orientadoras do higienismo, teve destaque. A referência biológica como metáfora para o humano e seu contexto social constituiu a moral eugênica e a valorização dos aspectos raciais e supostamente hereditários, figurou como característica eugênica distintiva. A influência da psiquiatria alemã no discurso médico brasileiro forneceu a base para o discurso organicista da hereditariedade e deu caminho à eugenia oriunda das teses de Francis Galton no século XIX.

A técnica eugênica, instrumento higienista, visava o aperfeiçoamento da espécie humana através da seleção dos caracteres de maior valor e a exclusão daqueles entendidos como prejudiciais à evolução da espécie, como por exemplo as “taras sexuais” interpretadas como hereditárias. A política nacional, identificada aos ideais europeus e movida pelo preconceito instrumentalizado pela teoria eugênica, associou o “atraso” em modernizar o Brasil à sua origem mestiça.

Sem nenhuma política dirigida à população de negros libertos e seus descendentes, os inevitáveis problemas sociais e suas condições psiquiátricas eram interpretados como degeneração da espécie humana. Além disso, era creditado a esse

grupo social o motivo do atraso brasileiro em alcançar o ideal positivista expresso, inclusive, no sintagma presente na bandeira do Brasil “Ordem e o Progresso”.

Para alcançar seu objetivo, o método eugênico contava com a esterilização dos “degenerados” – já praticada, à época, na Suíça e nos Estados Unidos – e com o isolamento social, como método de impedimento do “contágio degenerescente” que seria promovido pelo contato com os degenerados da sociedade. Esses eram identificados aos mendigos, tuberculosos, leprosos, loucos etc. e toda sorte de exceção tornava-se figura de destaque para a prática eugenista. “Mendigos, alcoólatras, idiotas, loucos, indigentes, prostitutas, defeituosos, todos os que compunham faixas de uma minoria social que não estivessem devidamente adaptados aos padrões podiam ser categorizados como degenerados.” (LOBO; FRANCO, 2018, p. 49).

Nessa atmosfera pseudocientífica e política, a instituição de educação teve destaque por reunir em si os atributos da ciência, da impressão de hábitos e do isolamento social. A escola, por conseguinte, teve a função de disseminar as normas de conduta e o monitoramento de hábitos de higiene e moral desde a infância. No entanto, não qualquer infância: o método eugênico deteve-se ao funcionamento dos colégios internos das elites (COSTA, 1979).

Essa preocupação com a infância, apesar de questionável, ainda era uma modalidade de cuidado que não se estendeu até às classes populares. Nos asilos de mendicidade e nas Santas Casas de Misericórdia, crianças e adultos coabitavam sem qualquer advertência quanto à exposição da criança às formas de expressão da loucura no adulto. No Rio de Janeiro, foi somente no final do século XIX, em 1895, que se deu a separação entre crianças e adultos nos espaços institucionais.

No entanto, a mesma indiferença à condição infantil permaneceu no Hospital Nacional de Alienados até 1904, quando foi inaugurado o primeiro pavilhão para crianças “anormais” – o Pavilhão-Escola Bourneville (LOBO; FRANCO, 2018). Apesar do espaço destinado à infância, as características do afeto de indiferença se mantiveram e se revelam pela escassez de registros institucionais sobre aquela infância isolada do espaço social compartilhado (LOBO; FRANCO, 2018).

O asilamento da criança, no entanto, não se explicou pela condição da “loucura”, mas pelo traço da “anormalidade”. Essa noção, oriunda do alienismo do século XIX, concentrava em si a representação do “idiota”, figura que pelas características imaginárias atípicas foi identificada ao “monstro”, conforme segue:

A criança anormal teria surgido não da infância louca, mas de uma outra figura que o alienismo do século XIX, a partir da emergência da embriologia e a respectiva noção de desenvolvimento, ajudou a produzir: o idiota, como figura exemplar de uma teratologia. Pelas características centrais de suas malformações o idiota foi considerado, mais do que louco, o “monstro completo”. (LOBO; FRANCO, 2018, p.19).

A idiotia foi definida como uma espécie de parada no desenvolvimento, o que comprometeria não apenas os aspectos cognitivos do indivíduo, mas, principalmente, sua vontade moral. No século XIX os desvios da infância foram destacadamente avaliados como “idiotia”, condição diagnóstica responsável por grande parte da exclusão social de crianças. Tais indivíduos contrariavam as expectativas depositadas no imaginário social sobre a figura da criança, posto que não correspondiam ao futuro ideal vislumbrado por aquela sociedade.

Do ponto de vista descritivo, o conceito de idiotia englobava duas funções: moral e biológica. Ambas sintetizadas na noção de “instinto”, que em sua vertente humana era entendido como vontade moral e se apresentava ao método higienista como objeto de intervenção orientada por uma Biologia também de inspiração moral. Essa visava a introdução de hábitos condizentes com o projeto moral do Estado brasileiro – ordem e progresso, conforme já dito. Nessa perspectiva, o idiota estaria fora do campo da humanidade e, portanto, excluído do campo social. As noções de instinto e desenvolvimento, articuladas ao conceito de idiotia, tiveram como consequência o processo de psiquiatrização da infância e promoveram a investigação do comportamento da criança de forma mais precoce (LOBO; FRANCO, 2018).

As características, distinções e separações que permeiam a construção da ideia de “anormalidade” encontraram na criança o objeto cultural privilegiado para o esforço de normatização da sociedade. Nesse sentido, a psiquiatria da infância diverge da psiquiatria da fase adulta, pois não parte do normal como referência normativa para o anormal. À criança nem o “mérito” da loucura foi concedido como justificativa de sua psiquiatrização; ao contrário, foi como estratégia preventiva que a criança se tornou objeto das práticas disciplinares de Estado agenciadas pelo saber médico-psiquiátrico.

No tempo da infância, o signo “loucura” não comparece e, em seu lugar, estão reunidos o conjunto dos “anormais”: a idiotia, a imbecilidade, o cretinismo, a debilidade mental, o monstro. O efeito dessa nomeação como operação lógico-discursiva foi a vigilância ao processo de desenvolvimento infantil, transformando a criança em objeto de exclusão prioritário da política de Estado brasileira. A psiquiatria da época destaca-se nas

linhas de força desse campo discursivo ao se posicionar como instrumento disciplinar do Estado com vistas a alcançar o status de ciência médica a partir da técnica higienista.

Foucault (1974) analisa a incursão do discurso biomédico, através da psiquiatria no campo social, e considera que a disseminação do projeto disciplinar psiquiátrico se deu a partir do objeto criança. Conforme segue:

Parece que essa difusão do poder psiquiátrico se realizou a partir da infância, isto é, a partir da psiquiatrização da infância (...) Em outras palavras, creio que – em todo caso é a hipótese que gostaria de testar diante de vocês – é do lado dos pares hospital-escola, instituição sanitária (instituição pedagógica, modelo de saúde) – sistema de aprendizagem que se deve buscar o princípio de difusão desse saber psiquiátrico. (p.255-256, grifos nossos)

E ainda:

(...) a psiquiatrização da infância, por mais paradoxal que seja, não passou pela criança louca ou pela loucura da infância, pela relação constitutiva entre loucura e infância. Parece-se que a psiquiatrização da criança passou por outro personagem: a criança imbecil, a criança idiota, a que logo será chamada de criança retardada, isto é, uma criança que se tomou o cuidado de dizer, desde o início, desde os trinta primeiros anos do século XIX, de especificar bem que não era louca. Foi por intermédio da criança não louca que se fez a psiquiatrização da criança e, a partir daí, que se produziu essa generalização do poder psiquiátrico. (FOUCAULT, 1974, p.257, grifos nossos).

A partir da questão: “O que é essa psiquiatrização da criança por intermédio de uma criança que é qualificada de não-louca?”, Foucault (1974, p. 257) estabeleceu dois grandes momentos na elaboração da noção de idiotia, tomando como referência os textos psiquiátricos do século XIX. O primeiro momento é caracterizado por Esquirol em seus textos dos anos de 1817, 1818 e 1820 e o livro de Belhomme, que data de 1824. Esquirol define a idiotia não como uma doença, mas como um “estado no qual as faculdades intelectuais nunca se manifestaram ou não puderam se desenvolver suficientemente...”. Belhomme, em 1824, repete quase textualmente a mesma definição: “a idiotia é [...] um estado constitucional no qual as funções intelectuais nunca se desenvolveram(...)” (apud FOUCAULT, 1974, p.260, grifos nossos).

Foucault destaca a importância da produção de Esquirol e Belhomme em função da introdução à noção de desenvolvimento e seu inverso, não-desenvolvimento – critério simultaneamente distintivo para a loucura e a idiotia.

Não é, portanto, em relação à verdade ou ao erro, não é tampouco em relação à capacidade ou à incapacidade de dominar-se, não é em relação à intensidade do delírio que a **idiotia** vai ser definida, mas em relação ao **desenvolvimento**. (Idem, p.260, grifos nossos).

Associou-se à idiotia a ideia de vícios orgânicos de constituição, em que a “fraqueza moral” estaria vinculada à impossibilidade de impedir a expressão dos

“instintos”, reunidos nas expressões da libido sem inibição frente ao outro. Esse traço, de exposição do sexual sem inibições¹², aproximou esse sujeito criança “idiota” ao quadro geral das “monstruosidades”. Já o diagnóstico de demência, tal como outras doenças, poderia estar acompanhado por certo número de lesões acidentais (Idem, p.261).

Na construção teórica da época, a gravidade da “anomalia” dizia respeito ao descontrole dos “instintos” que, desse modo, seriam submetidos ao tratamento moral. Observa Foucault:

A Anomalia, na verdade, tem menos sintomas que instintos, que são de certo modo seu elemento natural. O instinto como conteúdo efetivo da anomalia é, creio, o que vemos esboçar-se nessa análise que Seguin faz do retardo e da idiotia. Eis o que (...) podemos dizer sobre o estabelecimento desta categoria profundamente nova da anomalia como distinta da doença. E creio que é precisamente o confisco dessa nova categoria da anomalia pela medicina, é a psiquiatrização desta que é o princípio de difusão do poder psiquiátrico. (FOUCAULT, 1974, p. 267).

O segundo momento é representado por Edouard Seguin (1812-1880), médico e educador francês nascido em Clamecy. Seu trabalho forneceu os principais referências a partir das quais a psicologia e a psicopatologia do retardo mental se desenvolveram ao longo de todo o século XIX e sua principal contribuição foi promover a efetiva institucionalização e psiquiatrização da infância, separando os idiotas propriamente ditos das crianças retardadas, com vistas a oferecer o tratamento moral. O idiota, mesmo o superficial, apresentaria uma interrupção de desenvolvimento fisiológico e psicológico (FOUCAULT, 1974, p. 267). Para Seguin o idiota era o indivíduo para quem o tempo era estático, não havendo desenvolvimento; e, com essa referência, estavam “cientificamente” autorizados tanto o abandono quanto a exclusão desses indivíduos cuja humanidade não lhes era reconhecida.

Com essas considerações sobre o campo da psiquiatria com crianças, damos sequência ao caso da Liga Brasileira de Higiene Mental.

1.4. O caso da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)

A infância, tomada como marco zero do desenvolvimento humano, e seu oposto, o não desenvolvimento concentrado na figura do idiota, favoreceram o asilamento de

¹² Extraímos da longa explicação sobre o conceito freudiano “inibição” presente no *Dicionário de psicanálise* (ROUDINESCO; PLON, 1998): “(...) o que está em jogo não é outra coisa senão a determinação da inibição pelo supereu”. O “sexual sem inibição”, portanto, diz respeito a expressão da energia sexual sem limites, sem borda, sem contorno.

crianças e promoveram a invasão do discurso psiquiátrico alienista nas instituições família, escola e justiça. De acordo com Jurandir Freire Costa, a história da psiquiatria brasileira tem na Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) um capítulo de destaque.

Associada ao ideário eugênico, a LBHM pretendia o reconhecimento científico da especialidade médica psiquiátrica. Para tanto, a “prevenção” figurava como estratégia semântica. Mais que isso, psiquiatras eugenistas acreditavam no “mito da ciência psiquiátrica universal” e, desse lugar identificatório, estavam convencidos de que a psiquiatria lidava com um objeto isolado da cultura. Esse equívoco sugere que eles não tenham percebido que eram, eles mesmos, indivíduos orientados pelo código moral e pelos valores de sua classe social (COSTA, 2006, p.25).

Assim, os problemas políticos e sociais foram isolados e identificados como efeitos dos vícios, más-formações e loucura dos indivíduos, que em sua maioria tinham origem nas classes populares.

Os psiquiatras acreditavam que o Brasil degradava-se moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro. A prevenção eugênica apareceu-lhes como o instrumento mais rápido e eficaz para sanear a situação. Desde então, a coerência científica pouco importava. Qualquer teoria poderia justificar a prevenção, pois os psiquiatras encarregavam-se de fazer coincidir a realidade com a representação científica que queriam que ela tivesse. (COSTA, 2006, p.28)

O caso da LBHM mostra a força invasiva dos discursos socioculturais dentro de um campo de saber, como foi o caso da psiquiatria brasileira. Por outro lado, o campo teórico e prático psiquiátrico se valeu dessa aposta para ocupar o lugar social científico almejado. A aplicação da racionalidade médica preventiva, no contexto da LBHM, deveu-se mais à demanda cultural do que à orientação teórico-clínica. Permitindo, desse modo, ao campo psiquiátrico brasileiro responder com discurso de valor “científico” a uma solicitação política atravessada por preconceitos estruturais da cultura brasileira, à época, identificada ao ideal europeu.

À eugenia coube a função de “melhorar” o brasileiro transformando-o no ideal identificado ao europeu, o que também era o ideal da LBHM. Revelando, como interpreta Costa (2006), a eugenia como mera expressão sintomática daquela sociedade. Isto é, o caráter da relação do psiquiatra eugenista com seu assistido, era narcísico, pois o tratamento deveria conduzir o paciente à imagem e semelhança do ideal do médico. A prevenção, nessa perspectiva, seria apenas um “álibi” para a “onipotência narcísica” do psiquiatra (COSTA, 2006, p. 29). Desse modo, os psiquiatras da LBHM, orientados pela crença em uma ciência pura, positivista e universal, responderam à demanda cultural e

acreditaram estar fazendo ciência ao excluir de suas avaliações as expressões humanas do contexto sociocultural.

No Brasil, diferentemente da Europa, não houve a Grande Internação. Entretanto, a prisão, a errância e as celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia eram o destino dos “anormais”. A partir dos anos 1830, o grupo de médicos higienistas, responsável pela fundação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, buscou o reconhecimento da loucura como “doença mental” e, a partir da sustentação na opinião pública, demandou à abertura do Hospício de Alienados, lugar onde os “doentes” mentais seriam tratados de acordo com os princípios do tratamento moral pineliano ao invés das péssimas condições oferecidas pelos hospitais administrados pela Santa Casa.

O primeiro hospital psiquiátrico do Brasil teve seu decreto de fundação assinado pelo Imperador Pedro II em 1841 e fora inaugurado em 1852 como “Hospício D. Pedro II”. Sua direção, no entanto, permaneceu com a Santa Casa de Misericórdia. A partir desse ato de fundação, os loucos reconhecidos como “doentes” seriam internados para receber o tratamento moral e somente em 1881 a direção do Hospício seria destinada a um profissional técnico – Nuno de Andrade, médico generalista (COSTA, 2006). Nessa mesma data foi criada a cadeira de “Doenças nervosas e Mentais”. Em 1886 Teixeira Brandão o substituiu, tornando-se o primeiro psiquiatra a dirigir o Hospício e, neste momento, teve início o ensino obrigatório da cadeira de psiquiatria aos médicos generalistas. Em 1890, logo após a instauração da República (1889), o Hospício de Pedro II passou a se chamar “Hospital Nacional de Alienados”, quando foi separado da administração da Santa Casa, ficando sob a tutela do Estado.

Quase uma década depois, em 1899, o governo Campos Sales impôs severas reduções orçamentárias, gerando o início da degradação da assistência psiquiátrica recém-começada. Com esse ambiente político e cultural, a história não tardou a se repetir e, em 1902, a partir de inquérito conduzido pelo Governo Rodrigues Alves, foi revelado que o Hospital de Alienados não era nada além de uma casa de detenção de loucos, o que se verificou pela ausência de tratamento à população de internos.

Juliano Moreira, então, foi nomeado diretor numa intervenção ao Hospício Nacional de Alienado e, sob sua gestão, a psiquiatria ganhou contornos técnicos. Durante as três primeiras décadas do século XX, época em que foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria carioca era o reflexo do atraso da psiquiatria brasileira. Até Juliano Moreira assumir a direção do Hospital Nacional de Alienados, o campo

psiquiátrico se limitava a reproduzir o discurso teórico da psiquiatria francesa e a seguir as práticas ditadas pelo leigo ou religioso, encarregado da administração dos hospitais.

Nesse processo, Juliano Moreira se destacou ao tentar mudar essa situação constituindo uma Psiquiatria orientada por preceitos teóricos, práticos e institucionais mais coerentes com o campo médico. No entanto, apesar do empenho e das suas conquistas, a psiquiatria apresentada por Moreira mostrava-se extremamente vulnerável às convenções culturais de sua época.

Como sujeitos de seu tempo, Juliano Moreira e seus sucessores também não escaparam à repetição dos preconceitos de então. Assim, sob sua orientação, a doença mental, a situação social de imigrantes e a constituição étnica do povo brasileiro continuaram sendo explicadas pelo fundamento biologicista psiquiátrico de inspiração alemã. Esse sistema de pensamento se ampliou e se alojou na cultura, ordenando-a através do Estado até a família.

O “(...) biologicismo não se limitou mais a explicar o funcionamento psíquico e cultural da sociedade. Ele deveria poder determinar o modo concreto de organização e funcionamento de todas as instituições sociais, desde a família até o Estado” (COSTA, 2006, p. 36). Esse pensamento epistemológico psiquiátrico constituiu as bases conceituais da Liga Brasileira de Higiene Mental, nas quais as causalidades biológicas fundamentavam não só a doença mental, mas também as mazelas sociais: baixa escolaridade, desemprego, prostituição, alcoolismo, sífilis etc.

A associação entre a psiquiatria biologicista, suportada pela teoria eugênica, e a estrutura política tremendamente estigmatizante revela a expressão dos preconceitos culturais das classes média e alta brasileiras do início do século XX. Assim, torna-se importante destacarmos que as limitações da abordagem biológica à doença mental não devem ser confundidas com a ideologia biologicista dogmática e estigmatizante, já que “o biologicismo da Liga Brasileira de Higiene Mental tinha um fundamento ideológico e não científico.” (COSTA, 2006, p. 37).

A LBHM foi fundada no ano de 1923 pelo psiquiatra porto-alegrense Gustavo Riedel. Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Riedel construiu sua carreira profissional no Rio de Janeiro, tornou-se membro titular da Academia Nacional de Medicina e foi médico do Hospício Nacional de Alienados até 1918, quando criou o primeiro ambulatório psiquiátrico do Brasil e da América Latina.

A LBHG cumpria o objetivo de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação tanto das instalações onde ficavam os loucos quanto do corpo

profissional. Em termos administrativos, a LBHM era uma entidade civil e de reconhecida utilidade pública, o que facultou a subvenção federal para seu custeio. Além disso, também recebia ajuda financeira filantrópica e, em 1925, a renda de anúncios publicados em sua própria revista “Arquivos Brasileiros de Higiene Mental” era revertida para a própria LBHM.

Em termos técnicos, entre os anos de 1923 e 1925, a LBHM seguiu estritamente a orientação eugenista de Riedel. A partir de 1926, teve lugar o projeto preventivista que, acoplado à eugenia, expandiu seu raio de intervenção até a instituição de educação. Deslocou-se o olhar da doente mental à saúde mental como estratégia preventiva e “Desde aquele momento pode-se observar um desvio nos programas de higiene mental. A LBHM busca, desde então, atingir estes últimos objetivos e negligenciar, pelo menos teoricamente, os objetivos iniciais.” (COSTA, 2006, p. 40).

Assim, em 1926 o discurso psiquiátrico centrado no modelo biomédico tradicional deu caminho à psiquiatria preventiva, orientada sob a mesma lógica biomédica – biologicista e excludente da subjetividade. A abordagem preventivista, a partir desse momento, tornou-se o objetivo da psiquiatria higienista que pretendia se antecipar à doença mental. Com isso, a psiquiatria higienista se deslocou do indivíduo doente ao saudável e, daí, ao campo das instituições sociais.

Em 1928 os estatutos originais da LBHM deram lugar de destaque à intervenção psiquiátrica preventiva em ambiente escolar, profissional e social. Assim, a partir do higienismo instrumentalizado pela eugenia e prevenção, a psiquiatria penetrou os espaços sociais construindo discursos e práticas medicalizadas, excludentes e estigmatizantes. Entre 1928 e 1934 os psiquiatras se definiam cada vez mais como higienistas e, paralelamente, a higiene mental surgiu como uma teoria geral orientadora da prática psiquiátrica.

Essa transformação em direção ao higienismo apoiou a prática eugênica da LBHM e “[...] para os psiquiatras, a mudança imposta aos Programas de Higiene Mental era uma decorrência natural dos progressos teóricos da eugenia.” (COSTA, 2006, p. 41), portanto, a noção de prevenção, fornecia suporte “científico” à invasão praticada pelos discursos e práticas psiquiátricas no campo social, com destaque para a instituição de educação.

O início dos Programas da LBHM foi marcado pela etapa de Higiene Psíquica Individual com vistas à cura da doença mental e, em sequência, seu segundo momento foi marcado pela prevenção da doença. Paralelamente a isso, a primeira metade do século

XX destacou-se pela atenção à criança: alimentação, higiene e cuidados com o corpo eram parte da atenção dispensada à infância. Além do corpo, tornara-se importante prevenir a doença mental desde a infância. Nesse sentido, “[...] o imperativo não era apenas o de constituir um corpo saudável, mas revirar todos os cantos da alma infantil, a fim de detectar as ameaças não apenas à vida, mas à sua evolução mental.” (OLIVEIRA, 2013 p. 628).

O projeto médico higienista do início do século XX, desse modo, avaliava o adulto como um indivíduo já deteriorado e completo em seu desenvolvimento, o que tornaria a intervenção higienista insatisfatória. A criança, com sua plasticidade neurológica e psíquica – essa sustentada pelos psiquiatras através da precária interpretação que faziam da teoria psicanalítica –, apresentava-se como objeto ideal à profilaxia psiquiátrica. Assim, o projeto higienista atingiria seu êxito através de um conjunto de prescrições pautadas no desenvolvimento infantil físico e mental endereçado à família, à escola e ao Estado,

Essa conformação discursiva atrelou a infância ao conjunto de signos articulados ao significante “prevenção”, tornando a criança objeto de destaque no ideário e intervenção higienistas. Em reconhecida pesquisa, Alfredo Schechtman (1981) aborda a história da psiquiatria infantil no Brasil, estudo no qual reitera a importância do higienismo na tomada de posição da elite médica em acordo com o Estado para efetivar a gestão da população brasileira. A consulta médica geral tornava possível o acesso à população, facilitando a intervenção psiquiátrica. Em articulação com a implantação do Ambulatório Rivadavia, foram criadas instituições de avaliação e internação da “psicopatia” (SCHECHTMAN, 1981, p. 11).

Em 1919, Gustavo Riedel, então Diretor da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, cria o Ambulatório Rivadavia Correa. Inicialmente um ambulatório de especialidades médicas, o “Rivadavia” foi concebido estrategicamente para não gerar temor na população quanto ao reconhecimento da “alienação mental” em algum membro da família.

Em 1922 a atenção higienista ampliava seu foco, do individual ao coletivo, preocupando-se, dessa vez, com os ambientes escolar, de trabalho e militar. No mesmo ano, foi realizado o primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, clara expressão da preocupação estatal com o governo da população através da disciplina dos corpos. O discurso do médico Alfredo Magalhães esclarece a finalidade da intervenção higienista sobre a população:

Precisamos ser coerentes e previdentes, o aproveitamento e o avigoreamento da criança representam a economia, o acréscimo das forças vivas da nacionalidade (...) O problema da criação dos meninos deixou de ser uma questão puramente familiar para abranger múltiplos interesses de ordem social. Uma criança que se perde material ou moralmente, não significa somente uma saudade, uma vergonha para os pais, é, mais do que isto, uma força que se perde para a sociedade. (...) O problema da criança é o máximo problema social. (MAGALHÃES, 1921-2 apud SCHECHTMAN, 1981, p. 13)

No serviço pioneiro da LBHM, seu presidente interino, Ernani Lopes, elaborou um cuidadoso plano de implantação de um laboratório de psiquiatria voltado para a infância e sua família. Para os higienistas a doença mental estava associada à pobreza e, portanto, a intervenção sobre a família de origem popular e sua prole teria efeito direto na economia nacional. Assim, além das Clínicas, a LBHM editou um boletim de higiene mental como estratégia para alcançar famílias populares com um tom leve e palatável. Nesse momento iniciam-se os exames pré-nupciais com vistas a eugenzar os casamentos.

Quanto ao caráter da intervenção médica, cumpre distinguir a investida psiquiátrica higienista sobre as famílias oriundas das classes populares daquela abordada por Jurandir Freire Costa (1979). Neste caso, a abordagem da medicina social higienista recaiu sobre as famílias de classe média. O corpo “higienizado” assumido pelas famílias de elite tornou-se índice de classe social e um ideal a ser alcançado.

A eugenia figurou como teoria de grande prestígio à época, talvez por associar a prevenção de doenças à atitude humana. Fez isso, às custas de incorporar aos preconceitos sociais um tom científico, tendo como efeito a proposta de extinção de indivíduos degenerados, classificados como: negros, pobres, prostitutas, delinquentes, defeituosos e todo o conjunto de indivíduos externos ao que fora reconhecido como ideal pela medicina social do século XIX. A teoria eugênica, de origem botânica, foi claramente utilizada a favor das elites que se consideravam exploradas pelos mais pobres “improdutivos e atrasados” (SCHECHTMAN, 1981, p. 22).

As palavras proferidas por Magalhães no I Congresso Brasileiro de Proteção à infância (6º Boletim, 1921-2 apud SCHECHTMAN, 1981) denotam a associação do objeto criança a um bem social com a função de servir ao Estado. As transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas no Brasil durante os anos 1920 exigiam um novo cidadão capaz de responder às exigências de mercado. Isso explica o interesse da medicina higienista sobre a população.

O primeiro “consultório de psicoanálise” do Brasil, coordenado pelo psiquiatra e “primeiro psicanalista” Julio Porto-Carrero, funcionou entre os anos de 1926 e 1927,

vinculado à LBHM. Tanto a teoria quanto a prática psicanalíticas foram interpretadas de modo equivocado e incorporadas à ideologia higienista sob o argumento de que o tratamento precoce dos Complexos de Édipo e de Castração estariam na base da prevenção da doença mental.

A orientação preventiva pautada nessa “psicanálise” se estenderia desde o ambulatório até a escola primária através da formação de suas professoras que tomaram como parte de sua função e prática pedagógicas, a vigilância a comportamentos considerados como inadequados. Nesse contexto a instituição de educação reunia características disciplinares importantes para os objetivos profiláticos da LBHM e a pedagogia destacou-se no incremento para alcançá-los. Consequentemente, ambos os campos médico e pedagógico estreitaram relações chegando a realizar o terceiro Congresso Brasileiro de Higiene com destaque para o tema da formação de “hábitos sadios” na criança” (Anais do Terceiro Congresso Brasileiro de Higiene, 1926 apud ORIANI, 2022, p. 9). Isso porque entendia-se que para atingir o objetivo de higienizar o cidadão do futuro era necessário enfatizar o desenvolvimento da eugenia e da educação como práticas complementares.

As expressões subjetivas da infância pobre eram confundidas com prelúdios de “pequenos infratores”, toxicômanos, pervertidos sexuais, suicidas e neuróticos em geral (PORTO-CARRERO, 1929 apud OLIVEIRA, 2011, p. 630). Desse modo, a LBHM estendeu ao “desajustado” – a criança com expressão afetiva “inadequada” – pela via preventiva, o projeto que se iniciou com o “degenerado” – o adulto reconhecido pelos estigmas da loucura, alcoolismo, sífilis etc. Através da criança, um novo signo surge na semântica higienista: o “desajustado”.

De acordo com Fontenele (1925 apud OLIVEIRA, 2011, p. 631), houve um duplo objetivo no projeto mais extenso da higiene mental: prevenir as causas da degeneração psíquica – profilaxia mental – e promover a adaptação do indivíduo ao meio físico e social, ou seja, a higiene mental propriamente dita. Essa dupla função da Higiene Mental é interpretada por Oliveira (2011) como expressão da filiação política higienista, vinculada por um lado à eugenia e, por outro, à psicologia adaptacionista. A psicanálise foi incluída nesse discurso por conferir importância à precocidade do psiquismo infantil, o que constituiu um potente argumento para a operação ideológica higienista com crianças desde tenra idade. Assim, no ano de 1927 a prática diagnóstica e terapêutica da LBHM concentrou-se em consultas de crianças muito jovens e na assistência social de suas famílias.

Com a Revolução de 1930 e a subida de Getúlio Vargas ao poder, muitos médicos componentes da LBHM foram nomeados para cargos diretivos no Governo Federal. Tais cargos em sua maioria estavam instalados nos Ministérios da Educação e da Saúde, o que teve como efeito o aumento do incremento aos investimentos em ações da LBHM.

As décadas de 1920 e 1930 dedicaram especial interesse pela criança. Hosannah de Oliveira (1933 apud OLIVEIRA, 2011, p. 632), pediatra baiano, destacou em artigo a importância da noção de “psiquismo latente”: “Fruto da ação reflexa e da afetividade, cuja plasticidade tornava justificável a intervenção médica o mais precocemente possível, de modo a garantir um desenvolvimento infantil saudável”.

Sua definição de “psiquismo latente” deixa clara a expectativa da construção de um novo homem garantidor de uma nação “mais desenvolvida”, em função da moldagem de seu psiquismo, sugerida pela expressão “plasticidade”. A condição neurológica e psíquica identificadas pela “plasticidade” tornou-se substrato para a confusão desenvolvimentista na clínica da infância, e, destarte, a intervenção neurológica precoce mostrou-se caminho fértil em busca da normatividade psíquica que subsidiou essa prática.

No entanto, a intervenção precoce endereçou-se apenas à criança dita “débil mental” – “anormal”. Essa deveria ter assistência garantida pelo Estado, assim como suas famílias. A “anormalidade” estava incluída no modelo taxonômico da lesão cerebral e nessa ordem de classificação da “anormalidade” havia a lesão cerebral grave e a lesão cerebral leve, que se expressava pelos traços comportamentais de excesso de excitação. No entanto, apenas as crianças diagnosticadas com “lesão cerebral leve” interessavam aos ambulatórios da LBHM, sendo indicadas ao tratamento preventivo. Desse modo aquelas tidas como “anormais” seriam separadas em dois grupos: “Às crianças alienadas, hospício; às perversas, malandras, desequilibradas, intervenção médica e tutela do Estado.” (OLIVEIRA, 2011, p. 633).

O comportamento “anormal” das crianças oriundas das classes populares foi atribuído não só à má educação transmitida pela família, mas também, à transmissão de doenças tais como heredosifilis, distúrbios hormonais e lesões nervosas que se apresentam como origem da “anormalidade”. Essa montagem se apresentou como um problema de saúde pública a ser sanado, cabendo ao Estado fornecer educação a essas crianças e à medicina a prescrição de medicamentos, educação em saúde e tratamento antissifilítico. Nessa atmosfera destaca-se como questão central a reprodução de anormais, ou, seu impedimento nos espaços sociais comuns:

[...] as crianças anormais crescem e vão constituir família, formando-se uma série de degenerados que vão povoar os hospícios ou praticar uma série de desatinos, atribuíveis à má educação e à perversidade e, no entanto, tudo dependente da herança neuro ou psicopática que sobre eles pese. (PORTO-CARRERO, 1939, p. 4 apud OLIVEIRA, 2011, p. 633)

Em 1932 um novo significante surgiria no domínio discursivo da Higiene Mental: a “eufrenia”. Neologismo cunhado por Mirandolino Caldas, médico neuropsiquiatra, traduzido pelo próprio autor como “sciencia de boa cerebração” (SCHECHTMAN, 1981; CALDAS, 1932, p. 30 apud OLIVEIRA, 2011, p. 633), pretendia localizar o cuidado à criança na intercessão entre a eugenia e a higiene mental. No mesmo ano, foi inaugurada uma Clínica de Eufrenia com o objetivo de atender a criança pré-escolar e escolar. Para seu diretor, a eufrenia tinha duas principais vertentes de estudo: a eufrenia genealógica, que dizia respeito aos caracteres herdados e seria uma espécie de “eugenia psíquica”; e, a eufrenia médico-pedagógica, vinculada às ações preventivas.

O conceito de eufrenia permitiu aos higienistas incorporarem o psiquismo nos processos disciplinares, espécie de eugenia psíquica. Essa vertente eugênica foi prioritariamente associada ao “desenvolvimento e aprimoramento” do psiquismo da criança. A eufrenia através da inculcação de hábitos reverteria a origem maléfica herdada. “Só no pequeno infante se conseguiria inculcar ideias e hábitos eufrenizantes, os quais penetrando fundo no psiquismo da criança, com ele se identificariam e formariam ‘pontos de resistência’ que anulariam, até certo grau, o efeito maléfico das ‘taras hereditárias’” (SCHECHTMAN, 1981, p. 40).

Já a eufrenia médico-pedagógica, por seu turno, dividia-se em dois ramos: a eufrenopedia e a ortofrenia. A primeira orientava-se aos casos em que o psiquismo da criança seguisse uma evolução razoavelmente normal, sendo necessário apenas a remoção de aspectos endógenos ou exógenos que pudessem prejudicar sua evolução. Já a segunda, a ortofrenopedia, estaria indicada aos casos em que o “desenvolvimento psíquico”, desde o início, se apresentasse “anormal” ou “sofresse um retardamento” que demandasse um ativo trabalho de “ortofrenia mental” (Idem, Ibidem).

A atuação precoce, já no primeiro ano de vida, destacava-se na Clínica de Eufrenia e, embora a maioria das crianças levadas à Clínica fosse intelectualmente normal eram diagnosticados desvios de personalidade e instabilidade afetiva (Idem, p. 41). A Clínica de Eufrenia operava a função de rastreamento e tratamento precoce de pequenos desvios, prevenindo as anomalias nos futuros adultos através do “aperfeiçoamento” dos mecanismos psíquicos, prioritariamente pelo reforço das defesas

egóicas e, na década de 1930, a intervenção estatal autoritária deu o tom da intervenção médica.

A LBHM se mostra um importante capítulo da história da psiquiatria brasileira na medida em que revela não só os preconceitos sociais vigentes, mas também a permeabilidade do campo psiquiátrico aos processos de construção de subjetividades atravessados por tais preconceitos. Assim, significantes de campos diversos foram vinculados e deram origem a aberrações epistemológicas, tais como a justificação dos processos sociais pela biologia e pela psicanálise.

A presença da teoria psicanalítica (com os equívocos teóricos da época) teve importante destaque na gestão infantojuvenil conduzida pela Liga Brasileira de Higiene Mental, entre os anos 1920 e 1930. A fundamentação teórica psicanalítica sustentada na sexualidade humana, entendida por Freud como energia de ligação entre o sujeito e o campo do outro, no Brasil foi distorcida e interpretada como “ajuste” da sexualidade. Exatamente o oposto da teoria freudiana.

Os intelectuais brasileiros de então trataram a psicanálise como munição teórica para controlar o outro, articulando-a à eugenia, ao higienismo e à prevenção. Abordaremos esse capítulo da história da psicanálise no Rio de Janeiro em função do grande equívoco teórico-prático, e o destaque que a teoria psicanalítica ganhou na clínica realizada pelos CAPSi da mesma cidade em período posterior.

1.5. Eufrenia e Psicanálise: um equívoco brasileiro

Durante os últimos anos da década de 1920 até meados da década de 1930 circularam no Brasil uma variada gama de formações discursivas quanto à teoria psicanalítica. Nesse período, o país vivia um importante momento no âmbito da educação, que investia no modelo da Escola Nova, pensamento orientado à centralidade da educação para a promoção da sociedade. A criança tornara-se objeto prioritário à medida que se apresentava como o germe do futuro adulto. A psicanálise, neste momento, foi introduzida no meio científico eugênico brasileiro que vislumbrava, nessa orientação, a garantia teórica para as diferentes práticas de inspiração desenvolvimentista realizadas pela LBHM.

A inserção da psicanálise no pensamento científico brasileiro se destaca em dois pontos principais, ambos relativos à infância: a aplicação da psicanálise ao escolar para a melhora do desempenho e, na Clínica de Eufrenia, com a função de prevenir a doença

mental (ABRÃO, 2001, p. 111). A Higiene Mental Escolar, síntese do higienismo aplicado à educação, estranhamente abriu caminho para a chegada da psicanálise no Brasil, ainda que absolutamente às avessas da proposta freudiana (ABRÃO, 2001, p. 113).

Neste contexto, surgem duas experiências marcantes quanto à expressão da psicanálise no Brasil. Com Arthur Ramos, em 1934, foi inaugurada a Seção de Ortofrenia e Higiene Mental no Rio de Janeiro, então capital da República; e, em São Paulo, a Seção de Higiene Mental Escolar foi inaugurada em 1939 sob a direção de Durval Marcondes, ambos se diziam psicanalistas e eugenistas. A interpretação do texto freudiano foi contaminada pelos preconceitos ideológicos dos intelectuais brasileiros.

Após a desarticulação do Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental no Rio de Janeiro em 1939, o processo de expansão da psicanálise com crianças no Brasil prosseguiu a partir das Clínicas de Orientação Infantil, inspiradas no modelo das Child Guidance Clinics dos EUA. A primeira dessas clínicas foi o Centro de Orientação Juvenil (COJ) do Departamento Nacional da Criança (DNCR), inaugurado em 1946. Em 1956, foi fundada pela psiquiatra e psicanalista Maria da Paz Manhães (1917-2009) a Clínica de Orientação Infantil (COI). Essa Clínica pertencia ao então Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) que, em 1970, passou a se denominar Departamento Nacional de Saúde Mental (DINSAM) (ABRÃO, 2001; JACÓ-VILELA et al, 2017).

No início, a COI ainda funcionava pautada no modelo assistencial higienista e tinha a particularidade de destacar o atendimento a “filhos de pacientes psiquiátricos”. Maria Manhães, uma das protagonistas do processo de instalação da psicanálise com crianças no Brasil, formou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil em 1944, interessou-se pela psiquiatria e foi a primeira interna oficial do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil no Engenho de Dentro. Manhães atuou em seguida na Sociedade Pestalozzi, bem como no COJ – ambas as instituições criadas por Helena Antipoff –, tendo toda sua formação atravessada pela clínica com crianças e adolescentes.

A experiência de Maria Manhães lhe facultou uma bolsa de especialização do British Council, em psicoterapia infantil na renomada Tavistock Clinic, na Inglaterra, em 1950, onde foi supervisionada por Donald Winnicott. Em seu retorno ao Brasil, criou uma Clínica de Orientação da Infância, no Rio de Janeiro, em 1952, que não durou muito tempo. Entretanto conseguiu que o SNDM criasse outra COI, em 1956, sob sua supervisão (JACÓ-VILELA et al, 2017, p. 99).

Ainda na década de 1950, foi fundada a COI do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. Décio de Souza do Amaral, psiquiatra e professor, tornou-se o primeiro psicanalista de crianças do Brasil, após quatro anos de estudos em Londres com Melanie Klein. Em seu retorno, tornou-se diretor da Clínica de Orientação Infantil do Rio de Janeiro, com uma formação psicanalítica teoricamente mais sólida em relação ao período anterior.

A psicanálise comportou-se como subsidiária das práticas psiquiátricas e, somente nas décadas de 1940 e 1950, estabeleceu-se como uma modalidade clínica autônoma, quando foram fundadas as instituições de formação psicanalítica no Brasil, inicialmente no Rio de Janeiro e, posteriormente, em São Paulo. Assim, inicialmente a função da psicanálise foi instrumentalizar a prática preventiva do higienismo propagada pela medicina social do século XIX e as mudanças pedagógicas do início do século XX.

No contexto brasileiro orientado pela medicina social higienista, a psicanálise fora incorporada ao tratamento de crianças em função da confusão entre a plasticidade de seu sistema nervoso central e a “plasticidade” psíquica. Embora sejam condições oriundas de ordens diferentes, a redução ao biológico promoveu essa incoerência técnica. Desse modo, os precursores – Porto-Carrero, Durval Marcondes, Arthur Ramos – da psicanálise com crianças no Brasil entenderam o período da existência humana compreendido pela infância e adolescência como favorável à “modelagem” do psiquismo. Concorreu para esse equívoco o trabalho de Anna Freud, mais voltado para a pedagogia da criança do que para o reconhecimento de sua subjetividade. A articulação da teoria de Anna Freud ao higienismo forneceu o argumento ao contexto eugenista brasileiro daquele momento.

A partir dos anos 1940 a formação psicanalítica tornou-se uma realidade no Brasil, no entanto, o setor infantojuvenil ainda carecia de profissionais com formação em psicanálise com crianças. A articulação de psicanalistas como Décio Amaral e Maria Manhães com a escola inglesa de psicanálise – Winnicott, Melanie Klein, Bion – facultou importantes transformações nessa prática clínica, passando-se a tomar a criança como sujeitos e, como tal, portadores de uma verdade inconsciente.

Essa visão foi reforçada com a introdução da orientação psicanalítica lacaniana no Brasil, para a qual a criança é dotada de um mundo psíquico interno e seu sintoma é considerado uma resposta ao campo do Outro – como a família e a instituição escolar, por exemplo. Essa concepção, de modo gradual e irregular, passou a se fazer presente na clínica com crianças e adolescentes em serviços públicos brasileiros na virada do século XX para o XXI. Quase paralelamente à retomada democrática na política brasileira

ratificada pela Constituição de 1988, uma nova ética foi construída em termos de Estado de bem-estar social. A seguir, destacamos a reorganização da gestão na área da saúde no Brasil.

1.6 Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica constitui o processo histórico de reconstrução dos paradigmas éticos, estéticos, técnicos e políticos no campo da saúde mental brasileira. Tal proposta, promoveu efeitos tanto no âmbito singular quanto no coletivo, uma vez que o cenário do cuidado foi deslocado de instituições manicomiais para os dispositivos inseridos no território do cidadão.

A loucura, nome da expressão de afeto humano que faz ruptura com o laço social, passou a ser objeto de investigação de caráter coletivo, isto é, os determinantes sociais da saúde¹³ tornaram-se parte fundamental do trabalho de quem lida com o tema da saúde mental no Brasil.

No clássico estudo intitulado *Loucos pela Vida*, Paulo Amarante (1995), psiquiatra reformista brasileiro, observa a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um processo que teve início no final da década de 1970, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e alcançou diversos setores da sociedade. Seu paradigma, o tratamento em liberdade, constitui uma resistência político-clínica à exclusão de indivíduos portadores de uma radical diferença – na expressão dos afetos – em relação ao ideal narcísico cultural, como é o caso da loucura.

O MTSM protagonizou a formulação teórica e prática da Reforma Psiquiátrica Brasileira conduzindo-a à culminância com a Lei 10.216/2001. Para efeitos metodológicos, Amarante dividiu o processo histórico em três momentos. O primeiro, nomeado como “trajetória alternativa”, teve início durante o processo de falência do governo militar brasileiro, quando, a perda de garantias de direitos e o fracasso econômico produzidos por aquele governo gerou grande insatisfação popular. Nesse processo, com o inevitável “afrouxamento” da censura imposta pelo governo militar

¹³ De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais da saúde (DSS) são definidos como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.” In: BUSS e FILHO, 2007. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006> > Acesso em: 16 jun. 2023.

houve o aumento da participação popular e a possibilidade de que suas insatisfações viessem à tona. Desse modo, a população pôde expressar suas críticas tanto à estrutura e organização do poder militar quanto às políticas sociais e econômicas vigentes.

O segundo momento, já avançando os anos 1980, é nomeado como “trajetória sanitarista”. De modo concomitante, representantes da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica se incorporaram ao aparelho de Estado. Nesse momento as diretrizes da Organização Panamericana de Saúde se fizeram notar através dos planos de medicina comunitária e preventiva, ou, da atenção primária, onde destacam-se os aspectos de universalização, hierarquização, participação comunitária, integralidade e equidade.

No campo específico da saúde mental, a I Conferência Nacional de Saúde Mental marcou o fim da trajetória sanitarista e iniciou o terceiro momento, nomeado como “trajetória da desinstitucionalização”. Apesar da tradição sanitarista, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira conservou um viés acentuadamente menos institucionalizante que a Reforma Sanitária.

Seja pela natureza do tipo de instituição, seja pelo não abandono absoluto das origens de seu pensamento crítico, o fato é que enquanto a Reforma Sanitária trilhava os caminhos da institucionalização densa, universal e inquestionável da saúde e da assistência médica, o movimento pela Reforma Psiquiátrica mantinha-se voltado para a questão da transformação do ato de saúde, do papel normatizador das instituições e, portanto, da desinstitucionalização enquanto desospitalização. (AMARANTE, 1995, 101-2)

O processo de Reforma Psiquiátrica, por consequência, teve significativo avanço com a implementação de ações e políticas públicas, a exemplo das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) nos anos 1980 e 1990, culminando na Lei 10.216/2001. A fundamental abertura do campo da saúde mental à escuta popular só foi possível em função do processo de desmonte do governo autoritário militar. Conforme relata Amarante:

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um *processo* que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas, também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracterizava essa mesma conjuntura de redemocratização. (1995, p. 91)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve sua expressão máxima na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são dispositivos de base territorial e encarnam em seu *modus operandis* o ideário antimanicomial da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O primeiro deles foi o “CAPS Itapeva”, em 1986, no estado de São Paulo, quinze anos antes da promulgação da Lei 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica

Brasileira, conhecida também como Lei Paulo Delgado, que redirecionou o modelo de assistência em Saúde Mental privilegiando o cuidado em dispositivos de base comunitária. Em fevereiro de 2002, foi instituída a portaria 336, que estabelece as diretrizes para o funcionamento dos CAPS, categorizados por porte e clientela caracterizada por apresentar “transtornos mentais severos e persistentes” (Art.1º, § 1º).

No campo específico da atenção psicossocial infantojuvenil, Couto e Delgado (2015) abordam o atraso da inclusão desse nicho populacional nas políticas públicas no texto “Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais”. O artigo analisa os possíveis determinantes dessa inclusão tardia e localiza a resposta institucional para iniciar o processo de construção de redes de cuidado: a implantação de CAPSi e a estratégia intersetorial com setores historicamente envolvidos nas práticas de assistência à infância e juventude - educação, assistência, justiça.

Na história recente dois eventos se inscreveram como marcos de virada para a constituição da condição política da criança no Brasil. O primeiro deles, no nível internacional, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1989, da qual o Brasil é signatário, e que opera verdadeira inversão no paradigma de interpretação da infância na sociedade ao afirmar que a criança é um sujeito e cidadão de plenos direitos (ONU, 1989).

Nessa nova ordem internacional orientada pelos direitos universais da criança, o Brasil promulga o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA/julho/1990), promovendo a ruptura com a doutrina da situação irregular, reificada pela condição do “menor”, e instaura a doutrina da “proteção integral”, que se tornou um marco orientador das novas políticas e ações a serem dirigidas à infância e adolescência. O ECA, como o Estatuto da Criança e do Adolescente ficou popularmente conhecido, estabeleceu direitos de cidadania a crianças e adolescentes e alterou sua condição jurídica incluindo-os como sujeitos de direitos. A década de 1980 representa, portanto, um período de grande efervescência política brasileira com desdobramentos para o campo da infância na década de 1990.

Contudo, no plano da saúde mental, também em efervescente movimento, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira não incluiu a infância como responsabilidade política de Estado, nem quando da institucionalização e nem tampouco no momento da implosão da ordem manicomial. As crianças que por descuido foram parar em

instituições asilares, e que sobreviveram, sofreram as consequências de uma exclusão social que não as visava. Apenas não havia outro lugar onde deixá-las.

Foi necessária mais de uma década, tomando como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), para que o ordenamento jurídico brasileiro incorporasse em suas funções legais a causa da infância com graves sofrimentos psíquicos, o que se deu pela Portaria 336 de 19/02/2002 – já citada –, que estabeleceu as diferentes modalidades de serviços CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 1987, momento de grande efervescência nacional, quando o Brasil vivia a reabertura política e a campanha por uma Constituição Democrática. O debate priorizou a estreita relação entre sociedade-Estado, tendo em vista as inúmeras denúncias de maus-tratos e abusos ocorridos nos manicômios brasileiros durante o período de ditadura militar. O que foi feito a partir dos seguintes temas pautados para o debate: I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental.

Neste cenário de retomada democrática, apesar de o relatório final reconhecer a ausência de políticas de saúde mental para crianças e adolescentes, carência de recursos humanos especializados e ausência de legislação específica, o documento foi muito breve e até mesmo confuso em suas propostas. Conforme segue:

PROPOMOS:

1. Que se adotem normas legais que limitem a internação psiquiátrica de menores e a mantenham sob controle;
2. Que aos menores, a partir dos 16 anos, seja facultado requerer contra sua internação;
3. Que se garanta, aos menores hospitalizados, educação formal ou especializada, habilitação profissional e o direito ao espaço lúdico;
4. Que os critérios de funcionamento hospitalar e relação de leitos por técnicos sejam estabelecidos, considerando as características próprias de cada faixa etária, assim como o direito ao atendimento multiprofissional;
5. Que as medidas terapêuticas para utilização em menores sejam revistas criteriosamente, limitando ou proibindo a utilização de psicofármacos e outros procedimentos (eletroconvulsoterapia, por exemplo) de utilidade duvidosa ou de potencial pernicioso ao processo de desenvolvimento e integridade física e mental dos menores;
6. Que as internações psiquiátricas realizadas por decisão do Juizado de Menores sejam necessariamente submetidas à avaliação de uma equipe de saúde mental;
7. Que aos menores submetidos à internação sejam garantidos os direitos de proteção semelhantes aos dos pacientes adultos, estudando-se mecanismos de controle e proteção que evitem uma discriminação acessória a partir de sua minoridade e condição de tutelados;
8. Em relação à internação de menores marginalizados, que esta seja feita mediante a avaliação de equipe

multiprofissional e com ordem judicial. (RELATÓRIO FINAL, ICNSM, 1988, p. 25)

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, em Brasília, teve como lema a “Reafirmação das práticas da Reforma Psiquiátrica, da Atenção Psicossocial e da Luta Antimanicomial”. Essa Conferência teve ampla participação nacional, com inédita presença de usuários e familiares participando na qualidade de delegados e foi motivo de surpresa a ausência de temas voltados para a infância e juventude.

O que se acentua quando consideramos que apenas dois anos antes o Brasil havia assinado a Declaração de Caracas (OPAS, 1990), onde assumiu o compromisso de reestruturar integralmente a atenção psiquiátrica no país, com a substituição do modelo asilar pelo comunitário, determinando a necessidade de abertura de um amplo debate com a sociedade e grupos de defesa de direitos humanos. Esse momento é marcado por radical mudança na estrutura assistencial ao paciente acometido por grave sofrimento psíquico e observam conforme Couto e Delgado (2015): “A mudança em jogo na assistência ao paciente mental era estrutural, afetaria todos os alicerces da assistência psiquiátrica tradicional e necessitava da legitimação da sociedade para ser iniciada e efetivada” (p. 30-1).

Diante desse cenário, o apoio de entidades e movimentos ligados ao tema dos Direitos Humanos seria de grande importância para a defesa da cidadania de crianças e adolescentes. No entanto, no Relatório Final da II CNSM não há registros de representantes desses grupos. Frente a essa constatação, Couto e Delgado questionam:

Por que não foram convocados, ou não se apresentaram ao debate na II CNSM, os militantes da defesa dos direitos das crianças e adolescentes? Por que esse movimento não se mobilizou pela causa da Reforma Psiquiátrica e vice-versa? Por que os militantes da Reforma não incluíram em sua pauta os problemas de crianças e adolescentes ou não se articularam em prol da defesa dos direitos para eles? (Idem, ibidem)

Aparentemente a frágil condição cidadã da infância e adolescência os apartou do amplo debate de causas sociais tais como os temas da saúde mental e justiça. O nicho infantojuvenil desde o princípio se encontra radicalmente ligado ao tema da educação, localizada na instituição escolar. Nesse sentido, o período de escolarização parecia figurar como um tempo de espera até que crianças e adolescentes pudessem alçar a condição de sujeitos psíquicos e de direito.

Observamos que nem a primeira e nem a segunda Conferências incluem o tema da infância e juventude em sua pauta, o que aconteceu apenas tangencialmente na

terceira Conferência. Mantendo-se, desse modo, uma tradição de exclusão e atraso de políticas públicas destinadas a crianças e adolescentes.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em dezembro de 2001 e destacou a nova visão da infância, cidadã, constituindo um ponto de virada na história da saúde mental de crianças e adolescentes no país. Ao priorizar o tema da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, o Estado brasileiro foi convocado de modo inédito à tomada de responsabilidade pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes portadores de grave sofrimento psíquico. A IICNSM afirmou, ainda, a necessidade de que o cuidado seja pautado no reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos, realizado em dispositivos de base comunitária, calcado na lógica do território e da operação em rede, e ter a inclusão social possível a cada um como orientação ética da ação de cuidado (COUTO; DELGADO, 2015, p. 32). Esse foi um marco na assistência em saúde mental infantojuvenil que reconheceu a necessidade ética e técnica da estratégia intersetorial no campo da infância, tornando o modelo da Atenção Psicossocial uma referência para o cuidado em saúde mental, o que implica que o sujeito seja tomado em sua integralidade, de modo interdisciplinar, considerando a saúde como construção interrelacional e territorial.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial foi convocada por decreto presidencial, durante a gestão da Presidenta Dilma Rousseff, no final do primeiro semestre de 2010. Essa foi a primeira conferência nomeadamente “interdisciplinar” e seu tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” reiterou o espírito coletivo como um dos paradigmas do campo da Saúde Mental. A conferência reafirmou os princípios e diretrizes gerais do campo infantojuvenil e destacamos aquele se relaciona diretamente com os CAPSi, conforme segue:

538. Em relação ao Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), a IV CNSM-I reafirma sua função de dispositivo estratégico da política pública, indicando que o CAPSi potencialize seu mandato de ordenador da demanda em saúde mental infanto-juvenil, opere permanentemente sob fundamento intersetorial e seja capaz de agenciar, no território de referência, condições efetivas para que na construção da rede e nas ações de cuidado haja o envolvimento e a corresponsabilidade de todos os setores historicamente implicados na assistência a crianças e adolescentes: o da saúde geral/atenção básica, da educação, da assistência social, da justiça e direitos. (IV CNSM-I, p. 92-93)

Desde 2001, a partir da terceira Conferência, a área da infância e adolescência entraram para a agenda pública. Foi necessária mais de uma década, tomando como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), para que o ordenamento

jurídico brasileiro incorporasse em suas funções legais a causa da infância com graves sofrimentos psíquicos, o que se deu pela Portaria 336 de 19/02/2002 – já citada –, que estabeleceu as diferentes modalidades de serviços CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional.

Os CAPSi, dessa vez, foram incluídos e nasceram sob a modalidade de CAPS II. Entretanto, mesmo legalmente constituídos, os CAPSi têm baixíssima cobertura em território nacional: no ano de 2002 somavam 32 unidades no país inteiro e em 2020 chegaram a 278. Do total de 32 CAPSi iniciais houve um acréscimo de 246 unidades, o que representa um aumento de 7,7 vezes em 20 anos. Podemos concluir disso que um avanço na cobertura territorial, mas ainda insuficiente se considerarmos a amplitude do território nacional brasileiro.¹⁴

Assim, apesar da ampliação da rede CAPSi, cumpre destacar a fragilidade político-institucional da rede de saúde mental brasileira, ainda que se insira no ordenamento jurídico como uma política pública de âmbito ministerial. Entre os anos 2016 e 2022, após o golpe parlamentar no governo da Presidenta Dilma Rousseff, não houve representantes do campo político progressista no Governo Federal. Nesse período houve incremento financeiro a instituições de cunho asilar, a exemplo de comunidades terapêuticas¹⁵ e acentuado desinvestimento em tudo o que representa o avanço da Lei 10.216. Como exemplo, citamos o parco recurso destinando aos dispositivos de saúde mental, impactando em exíguos recursos humanos, salários desatualizados e ausência de concursos públicos. Prática reiteradamente sanada através de contratos temporários de trabalho que prejudicam a construção da tomada de responsabilidade territorial do técnico de saúde mental com a população assistida e vice-versa.

No ano 2023, com a eleição ao terceiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o campo progressista voltou a estar representado em nível estatal. Assim, assumiu o Ministério da Saúde a cientista social e ex-presidenta da Fiocruz, Nísia Trindade Lima; e assumiu a diretoria do Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento de Álcool e Outras Drogas a enfermeira e professora Dra. Sônia Barros.

¹⁴ Ver dados atualizados do DESINSTITUTE em anexo, [Painel saúde mental 20 anos da Lei 10.216 DESINSTITUTE.pdf](#)

¹⁵ Informações detalhadas disponíveis em: < <https://www.desmedidaufrgs.com/post/pesquisa-produzida-pelo-desinstitute-recomp%C3%B5e-dados-da-rede-de-aten%C3%A7%C3%A3o-psicossocial> >

As discontinuidades no aparato político estatal quanto à missão da política nacional de saúde mental nos levam a questionar se os atuais CAPS realizam seu trabalho em acordo com o paradigma da Reforma Psiquiátrica Brasileira, expresso no lema “por uma sociedade sem manicômios”. Questão política que se coaduna com nossa pergunta de pesquisa: sendo o grave sofrimento psíquico uma das categorias de indicação ao tratamento em CAPSi, como as equipes de saúde mental entendem a noção de sofrimento psíquico?

Acompanhamos nesse capítulo o processo de reconhecimento afetivo da infância, desde a clássica pesquisa de Philippe Ariès, na qual investiga a construção do “sentimento de infância” na Europa renascentista até a modernidade. Ausência de afeto que se fez notar pela qualidade da indiferença a tudo o que fosse próprio ao mundo infantil como ora o conhecemos. No Brasil, como vimos, um estudo semelhante foi realizado por Jurandir Freire Costa, que aborda as várias nuances da vida da criança e da família no Brasil Colônia. Com Mari Del Priore acompanhamos uma certa estética linguística, através de dicionários da época, e fotografias que retratam os caminhos para onde a linguagem conduzia crianças e adolescentes.

Na sequência abordamos o processo de psiquiatrização da infância no Brasil a partir da Liga Brasileira de Higiene mental e avançamos abordando a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a inclusão tardia da infância e adolescência na agenda política pública de saúde mental. Se em termos políticos o atraso talvez se justifique pela rejeição da criança e do adolescente como sujeitos de plenos direitos, em termos clínicos é possível verificar que a clínica psiquiátrica foi inicialmente orientada ao adulto, o que se revelou na tentativa de tratar a criança tendo por referência a clínica de adultos.

Já no campo da psicanálise, apesar de seu início com adultos, há uma radical diferença na clínica com crianças. A começar pela operação da linguagem que por meio de estratégia lúdica, isto é, reconhecimento do brincar como expressão do trabalho psíquico da criança e a própria definição de sujeito, que se para a psiquiatria não há qualquer referência a uma ontologia, tendo como efeito as teorias desenvolvimentistas; já em psicanálise, o sujeito é uma construção externa ao tempo cronológico, embora não o exclua.

Em termos epistemológicos, portanto, a psiquiatria abordará as aquisições afetivas e comportamentais da criança a partir dos marcos de desenvolvimento neuropsíquico; já a psicanálise não exclui a realidade do organismo, mas tomará como objeto de seu trabalho o sujeito em construção. Isto é, sua clínica desde o princípio não inclui o outro como

avaliador das aquisições infantis, mas como parceiro da criança em sua construção de mundo (MAGALHÃES, 2013).

Na sequência, e em conformidade com os discursos que compõem o amplo campo da saúde mental, abordaremos a genealogia da noção de sofrimento a partir dos discursos: antropológico, biomédico e psicanalítico.

2. UMA GENEALOGIA DA NOÇÃO DE SOFRIMENTO

Foucault, um dos principais intelectuais da contemporaneidade, é autor do método genealógico, que utilizaremos como estratégia para realizar uma genealogia da noção de sofrimento. Esse método se propõe a analisar as formas discursivas de práticas de poder exercidas por via do saber e de uma certa verdade. Destacamos como exemplo de publicações de seu período genealógico os livros “Vigiar e Punir” (1975), onde discute o exercício do poder disciplinar em instituições de educação e prisões e “Em defesa da sociedade” (1975-76), onde aborda o poder exercido através da biopolítica como estratégia de gestão de populações.

Além disso, o método genealógico oferece suporte para a análise dos discursos que produzem e retroalimentam os eixos saber-poder e saber-verdade, constituindo, desse modo, as formas discursivas de exercício do “governo da vida”. Portanto, a genealogia foucaultiana se mostra como uma rica estratégia de pesquisa no campo social pois se propõe a examinar os diversos discursos componentes de um mesmo campo de práticas. Uma tecitura lógico discursiva, efeito de campos diversos, como é o caso do conjunto dos discursos sobre o sofrimento psíquico.

Cabe destacar, em associação ao método genealógico, que sua obra “*A ordem do discurso*” (FOUCAULT, 1970, p. 65-66) trata o discurso como terceiro, promotor de realidades, vinculando-se, ainda, às categorias de poder, perigo e dominação. Seus aspectos, “disperso, descontínuo e regular”, convocam a atenção do pesquisador para a presença viva da linguagem no campo institucional, conforme podemos conferir:

Suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 2011 [1970], p. 8-9)

E ainda:

Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. Nisto não há nada de espantoso visto que o discurso – como a psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar. (Idem, p. 9-10)

Foucault afirma a materialidade do discurso como elemento no interior do qual se constroem as características de uma dada sociedade, quanto ao seu tempo, território, palavras, letra e polifonia. Através de seu método, o autor lançou luz sobre a construção do objeto loucura que, tornado “doença mental” pelo discurso psiquiátrico, emergiu como produção e produto de verdades naturalizadas em nome de uma certa cientificidade.

Para Furtado e Szapiro (2016, p.100), seguindo as orientações foucaultianas, a transformação da loucura em doença mental incluiu, pela primeira vez, o sofrimento como prerrogativa da condição do louco. O que deu lugar, de modo concomitante, a um afeto radicalmente humano – como o sofrimento – e o identificou à esfera do que deve ser extirpado como um corpo estranho, uma doença. Essa constatação indica a legítima demanda humana de restabelecimento a uma normalidade. A questão que se coloca, no entanto, diz respeito aos parâmetros de normalidade que devem ser restabelecidos quando o objeto da intervenção não apresenta características naturais.

A “loucura” e o “sofrimento”, que se subintende correlatos, são uma realidade explicada por diferentes discursos, como veremos a seguir. Cabe aqui ressaltar sua entrada no campo discursivo e o modo como cada rede de saber constrói verdades em torno do mesmo objeto segundo sua referência epistemológica.

Essa análise se mostra precisa tanto nos processos de construção do lugar social de um cidadão que sofre quanto no próprio modo de constituir subjetividades que se expressam pelo sofrimento. Ou seja, não nos parece possível separar o que emerge como sofrimento daquilo que é construído coletivamente através de discursos culturalmente compartilhados.

As categorias discursivas ganham destaque na genealogia foucaultiana e se mostram atreladas ao conjunto das narrativas sociopolíticas, conforme constata Foucault: “(...) a doença mental foi constituída pelo conjunto do que foi dito no grupo de todos os enunciados que a nomeavam, recortavam, descreviam, explicavam, contavam seus desenvolvimentos, indicavam suas diversas correlações (...)” (2011, p. 39-40). A partir dessa proposição, o autor questiona aquilo do que é constituída a unidade de um discurso:

[...] a questão é saber se a unidade de um discurso é feita pelo espaço onde diversos objetos se perfilam e continuamente se transformam, e não pela permanência e singularidade de um objeto. (...) Além disso, a unidade dos discursos sobre a loucura seria o jogo das regras que definem as transformações desses diferentes objetos, sua não identidade através do tempo, a ruptura que neles se produz, a descontinuidade interna que suspende sua permanência. (Idem, p. 40)

Destacamos dessa citação a ideia de “espaço”. A unidade de um discurso, nessa perspectiva, se dá de modo dinâmico em torno desse espaço/buraco por onde os objetos de um discurso circulam, incidindo uns sobre os outros. No caso da loucura, conforme a citação, trata-se do “jogo das regras que definem as diferentes transformações” do objeto loucura.

A infância contemporânea, contexto desta pesquisa, é abordada por Foucault em *O Poder Psiquiátrico* (1973-74), como objeto da normatização epistemológica sustentada pelo discurso psiquiátrico moderno, conforme acompanhamos no capítulo 1 desta tese. Nessa atmosfera, a criança identificada como o “pai do homem” tem seu lugar na cultura moderna como esperança de progresso. O caminho para que isso aconteça parece estar atrelado ao controle de sua expressão subjetiva com vistas a adequar seu comportamento ao dito normal, uma espécie de ato civilizatório onde o discurso psiquiátrico comparece como dispositivo de poder que prioriza o objeto infância na construção discursiva e promove seu reconhecimento na cultura, tendo como eixo os pares normal-anormal e saúde-doença¹⁶.

Assim, em nossa análise, a interpretação foucaultiana continua atual na medida em que, ainda na contemporaneidade, é possível verificar a criança como objeto cultural privilegiado para a intervenção disciplinar. Essa tem início no corpo através de técnicas discursivas localizadas nos campos privilegiados: biomédicos, educacionais e jurídicos. A ordem dos discursos se comporta, assim, de modo a construir diferentes infâncias a cada momento de nossa civilização.

Destacamos o corpo, a população e as formações discursivas como exemplos de objetos do exercício de poder, que se dá por meio da micro e da macropolítica praticadas como poder disciplinar sobre os corpos de sujeitos-crianças. Prática observada prioritariamente através das instituições de educação e que encontra no dispositivo da psiquiatria tradicional sua formação discursiva de sustentação do poder disciplinar por excelência. Consideramos, assim, o método genealógico foucaultiano estratégico para pesquisarmos a polifonia da noção de sofrimento psíquico na articulação dos campos clínico e político da saúde mental e atenção psicossocial de crianças e adolescentes.

¹⁶ Aula de 5 de dezembro de 1973 – O louco e a criança (p. 117). Aula de 12 de dezembro de 1973 – A constituição da criança como alvo de intervenção psiquiátrica (p.153). Aula de 16 de janeiro de 1974 – Os modos de generalização do poder psiquiátrico e a psiquiatrização da infância (p. 255).

O movimento pelo qual a linguagem se impõe à realidade e, ao mesmo tempo, o real¹⁷ resiste à linguagem deve ser identificado (WITGEINSTEIN apud FASSIN, 2012, 37). Torna-se, portanto, essencial investigar o modo pelo qual o signo linguístico do sofrimento é representado nos diferentes discursos, de modo a dar vida a diferentes correntes de narrativas, que por conseguinte, atuam no campo das políticas públicas de saúde.

Os signos “exclusão”, em lugar de “desigualdade e pobreza”; e “sofrimento”, em lugar de “injustiça ou violência”, são identificados por Fassin (2012, p. 37) como estratégicos para investigar a produção de subjetividades em torno dos signos linguísticos.

Assim, considerar a entrada do signo sofrimento no léxico clínico e político não está associado apenas ao campo psicológico e psiquiátrico. Ao contrário, o signo “sofrimento” alcançou na esfera pública o status de problema político. O que para Fassin (2012, p. 41) trata-se de uma invenção recente e parece estar vinculada à gestão política da vida na contemporaneidade.

A narrativa sobre condições sociais como pobreza, exclusão, marginalização e até posição social, como fontes de frustração, humilhação e angústia, tornou-se comum no discurso contemporâneo. Associada a esse contexto a categoria sofrimento social ganhou lugar recorrente no discurso político e sindical. A esfera do “social” quando pensado sob o signo da vulnerabilidade, da desigualdade, violência e ausência de garantias de direitos, tornou-se razão de sofrimento. Problematizando essa questão, Fassin (2012) argumenta através da resposta do Estado francês às condições acima descritas: na França do final dos anos 1990, a resposta ao “sofrimento” provocado por degradantes condições sociais foi a “escuta” nos chamados “Lugares de Escuta”, o que parece reduzir uma questão de cunho coletivo ao âmbito do privado através da imediata associação do signo “sofrimento” ao signo “escuta”.

Apostando na escolha dos signos linguísticos como categorias que fundam, transmitem e enunciam modos de ser e se relacionar, buscamos a etimologia da palavra sofrimento para investigar sua presença no vocabulário comum da cultura brasileira.

Em português, o vocábulo “sofrimento” deriva do verbo transitivo direto “sofrer”, que significa “suportar, aguentar, padecer”, de acordo com o *Dicionário Etimológico da*

¹⁷ Real é definido pelo Dicionário de Psicanálise (ROUDINESCO e PLON, 1998), como: “Termo empregado como substantivo por Jacques Lacan, introduzido em 1953 e extraído, simultaneamente, do vocabulário da filosofia e do conceito de freudiano de realidade psíquica, para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar.” (p. 644-645).

Língua Portuguesa (CUNHA, 1982 [2019], p. 603). O vocábulo “sofrimento”, substantivo masculino, está inscrito na língua portuguesa desde o século XVI e designa a experiência de sofrer. Sofrer, sendo um verbo, indica uma ação. Em nossa análise, a ação de sofrer, quando tomada como verbo, se mostra uma chave de interpretação para a questão médico-antropológica quanto ao estatuto do conceito de saúde e doença e seu correlato, o sofrimento. No dicionário *Mini Aurélio: O Dicionário da Língua Portuguesa* (FERREIRA, 2010, p. 707): Sofrer significa: “1) Ser atormentado, afligido por; 2) Suportar, aguentar; 3) Admitir, consentir; 4) Passar por..., experimentar (coisa desagradável ou trabalhosa, situação difícil etc.)”.

Identificamos na cultura moderna grande dificuldade no reconhecimento de que uma criança possa experimentar o afeto de sofrimento como um sujeito psíquico. Isto é, há grande demanda de acompanhamento psicológico e psiquiátrico para crianças, sob a queixa de “comportamento inadequado”, mas não como um sujeito em sofrimento.

A dificuldade de identificar o sofrimento psíquico em uma criança em parte se explica por sua própria imaturidade psíquica que, de modo geral, a impede de reconhecer seu próprio sofrimento. Por outro lado, também pela atuação do narcisismo dos adultos ao não suportar reconhecer que a infância possa integrar experiências de angústia. Tal esquecimento do adulto quanto a vivências aflitivas na infância se explica pelo próprio trabalho de recalque que impede a emergência dessas lembranças através do aumento das resistências, colocando nesse lugar “lembranças encobridoras” (FREUD, 1899), espécie de torção da vivência de angústia, como se apresenta na poesia de Casimiro de Abreu (1859), por exemplo:

Oh! Que saudades que tenho
Da aurora da minha vida
Da minha infância querida
Que os anos não trazem mais!

Frente à resistência psíquica, resta a “modelagem de comportamentos” considerados “inadequados” ou “inaptos”, e as contemporâneas técnicas de adaptação comportamental, por conseguinte, mostram-se demandas frequentes oriundas do setor Educação. Em paralelo, revela-se uma importante questão ética e técnica para o campo da saúde mental de crianças e adolescentes quanto ao modo como este setor responderá à queixa e pedido de tratamento. Se com frequência, a demanda de tratamento é realizada por outros que não a própria criança/adolescente, no entanto, será somente pela via da

criança/adolescente como sujeito psíquico que um tratamento em saúde mental será possível.

A seguir abordaremos a genealogia da categoria analítica sofrimento, a partir dos discursos: antropológico, biomédico e psicanalítico.

2.1. Sofrimento psíquico: Antropologia

Nesta sessão, acompanharemos a incorporação da categoria “sofrimento psíquico” ao discurso psiquiátrico a partir das pesquisas realizadas pelos médicos e antropólogos Didier Fassin e Arthur Kleinman.

Na obra *O Império do trauma* (2009[2007]) Didier Fassin investiga as condições de possibilidade para a inclusão das categorias “sofrimento psíquico” e “transtorno de estresse pós-traumático” ao discurso médico psiquiátrico, associadas à noção de “trauma”. Tal categoria, oriunda do discurso biomédico, descreve as situações nas quais o corpo sofre injúrias em razão de causas externas, como é o caso de acidentes, por exemplo. A partir da ideia de injúria física, a psicanálise propõe a noção de trauma como injúria que deixa atrás de si uma marca na instância psíquica.

O pós-Segunda Guerra é o corte temporal para que o campo da psiquiatria reconheça o trauma psíquico entre os ex-combatentes. Nesse momento, já é possível identificar na taxonomia médica o componente moral associado ao humanitarismo, isto é, à comiserção. O processo de inclusão da saúde mental nas zonas de guerra através da psiquiatria humanitária se expande, ganhando espaço nas diversas situações nas quais a vulnerabilidade humana ficou exposta à miséria, violência e iniquidade social.

Fassin (2009[2007]) ao investigar a função do campo psiquiátrico em situações de grave vulnerabilidade social, como guerras, por ex., identifica um deslocamento da função médica técnica para a função humanitária. Enquanto aquela se faz representar por uma elaboração diagnóstica, esta se mostra mais próxima a uma posição empática, através do acolhimento e cuidado. Tais abordagens concorrem para a distinção entre as noções de doença e saúde no campo psicopatológico, no qual a patologia se articula ao tratamento e o sofrimento ao cuidado. A questão, no entanto, diz respeito aos efeitos das relações humanas na produção de subjetividades e, portanto, na valorização e reconhecimento dos afetos.

A atuação psiquiátrica nas guerras se deu originariamente para atender aos militares vítimas de circunstâncias bélicas: era a psiquiatria militar. A expansão da saúde

mental, através de organizações internacionais, com destaque para Médicos sem Fronteiras e Médicos do Mundo, originou o que foi nomeado “Psiquiatria Humanitária”.

Entrevistado por Didier Fassin, o psiquiatra Stanislas Tomkiewicz traz em sua biografia a característica de ser um sobrevivente de campo de concentração. Representante da “Psiquiatria Humanitária”, sua experiência pessoal parece concentrar o ponto de partida para uma postura empática com vítimas de extrema violência.

De acordo com o próprio Tomkiewicz, ele e um grupo de profissionais inventaram o “cuidado psicológico” para vítimas de “perseguição” quando atenderam 1.200 argelinos tornados prisioneiros na França. De acordo com o psiquiatra, essa atitude constituiu a primeira tentativa do que mais tarde se chamaria “Psiquiatria Humanitária”. Esse novo campo, contudo, não estaria vinculado a um avanço científico, mas a uma economia moral (FASSIN, 2018) nas relações sociais e institucionais.

Isto é, à ética das relações pautadas na manutenção dos bens morais de uma sociedade. Na avaliação de Fassin (2018), atualmente as sociedades se preocupam com fenômenos jamais encarados anteriormente como merecedores de destaque. No entanto, Fassin nos adverte quanto à qualidade da economia moral de escamotear as dívidas sociais que as políticas públicas têm com a maior parte da população qualificada como socialmente “vulnerável”.

Como ilustração da constituição de um campo discursivo separado do avanço científico, Fassin relata os efeitos do terremoto em Kobe (1995), no Japão. Uma tragédia que deixou 5.500 mortos, 320.000 feridos e foi o maior desastre vivido pelo Japão desde a segunda Guerra Mundial. A expressão usada para descrever o atendimento psicológico às vítimas sobreviventes do terremoto era literalmente: “cuidado com o coração”¹⁸ (FASSIN, 2007, p. 172). Um termo não técnico foi utilizado para “identificar” o lugar onde a experiência do desastre fora metaforicamente impressa, o “coração” que, nessa acepção, não é o miocárdio, mas o lugar do corpo onde culturalmente se localizam os afetos.

Um renomado psiquiatra japonês assumiu o termo identificando-o ao “Transtorno de Estresse Pós-traumático” (TEPT). Em seguida, um especialista em saúde pública norte-americano introduziu a versão japonesa da escala de desvanecimento usada para o transtorno. Segundo os referidos psiquiatras, os termos “cuidado com o coração” e TEPT significavam a mesma coisa. O primeiro termo podia ser traduzido pelo segundo e,

¹⁸ Claramente trata-se do coração como metáfora do afeto de amor.

portanto, estava sujeito aos instrumentos de avaliação e técnicas de tratamento testados em instituições psiquiátricas norte-americanas (FASSIN, 2007, p. 172).

As ações que seguiram o terremoto que atingiu a Armênia em 07 de dezembro de 1988, deixando aproximadamente 50.000 mortos e meio milhão de desabrigados, foram orientadas pela preocupação como o outro, isto é, pela empatia. O que Fassin identifica como característica do *ethos* humanitário, ao priorizar a empatia em relação ao instrumento diagnóstico que pertencia à prática psiquiátrica. Neste sentido, o diagnóstico Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) identificado no início dos anos 1980, no DSM-III, foi amplamente utilizado por oferecer aos psiquiatras a oportunidade de usarem essa nova categoria diagnóstica e suas ofertas de tratamentos com atitudes mais favoráveis às causas humanitárias psiquiátricas¹⁹ (FASSIN, 2007, p. 172).

No entanto, Fassin destaca que a descrição da alta frequência do conceito de TEPT não reflete a realidade. Todas as entrevistas com psiquiatras e psicólogos que ajudaram com seu trabalho, nesse período, confirmam que não fizeram uso do conceito de TEPT ou de suas variações, conforme designado pelo estabelecimento de saúde mental norte-americano (Fassin, p. 173). A esse respeito, o fundador do programa psiquiátrico Médicos sem Fronteiras foi explícito:

Eu não fui tratar traumas. Fui tratar de **sofrimento psicológico** resultante de eventos violentos, que na França chamamos de patologia reativa. Não pensei em TEPT. Eu não tinha nenhum conhecimento específico sobre isso, e não tentei juntá-lo como diagnóstico. Quando fui para a Armênia, não conhecia a literatura sobre o assunto. (FASSIN, 2007, p. 173)

Neste sentido, Fassin destaca a fala do diretor do Programa de Saúde Mental no Programa “Médicos do Mundo” (MDM) na Conferência “Saúde Mental, Sociedade e Cultura: em direção à psiquiatria humanitária”, realizada no ano de 1992 em Bucareste – capital da Romênia –, ao lembrar que praticamente não havia referência ao trauma. O MDM, de acordo com seu diretor, estava mais focado em guerras, desastres, miséria e refugiados, isto é, condições que resultam em ruptura do tecido social e, portanto: causam sofrimento psíquico (FASSIN, 2007[2009], 176). O diagnóstico de TEPT, conclui Fassin, teria servido apenas para apoiar suas instituições e legitimar suas ações.

Os achados da pesquisa etnográfica de Fassin indicam que a Psiquiatria Humanitária – mais vinculada ao compromisso moral, em sua origem –, está mais próxima da “epopeia humanitária” do que da “história da Psiquiatria” (FASSIN; RECHTMAN 2009[2007], p. 174), estabelecendo-se mais solidamente, por

¹⁹ A psiquiatria humanitária deslanchou no ano de 1989 (FASSIN, 2007).

consequência, no campo das organizações de ajuda humanitária do que no interior da disciplina psiquiátrica propriamente dita. Observa-se, portanto, como característica da psiquiatria humanitária, uma prática muito mais próxima a um engajamento em atividades éticas e morais do que propriamente uma atividade médica, como foi a “Psiquiatria Militar”.

O início da Psiquiatria Humanitária envolveu muita improvisação e experimentação, porém, em alguns anos, os psiquiatras encontraram seu lugar – sendo médicos, tinham a qualidade de poderem receitar medicamentos. Aspecto que os coloca em destaque em relação a psicólogos, pois esses, apesar de prestarem atendimento com maior frequência, não estão autorizados à prescrição medicamentosa. As equipes de campo do Programa Médicos sem Fronteiras, relatadas por Fassin e Rechtman (2009 [2007]), são dirigidas por psiquiatras, os diretores dos Programas de Saúde Mental são psiquiatras e os psicólogos são aqueles que implementam o trabalho. A partir dessa constatação, Fassin e Rechtman criticam o termo “Psiquiatria Humanitária”, considerando que a modalidade de cuidado é realizada principalmente por psicólogos.

Os autores concluem que a introdução dos cuidados de Saúde Mental no trabalho de ajuda humanitária não derivou de um avanço científico. Ao contrário, isso se justifica pela mudança na economia moral, que passou a reconhecer o sofrimento como categoria mobilizadora de cuidado e engajamento social. A postura ética que daí advém dá fundamento ao humanitarismo e ao reconhecimento do afeto de sofrimento no campo psicossocial do cuidado.

Jacques Goldstein (apud FASSIN; RECHTMAN, 2009[2007]) nos dá pistas da construção narrativa dessa ética através da história da psiquiatria moderna, que fora fundada no século XVIII através dos princípios do "consolar e classificar". O primeiro deles – consolar – nasce de uma tradição religiosa; já o segundo, origina-se em um processo científico. A psiquiatria humanitária, de acordo com a interpretação de Fassin e Rechtman, colocou mais ênfase no consolo e mostrou, comparativamente, menos interesse pela classificação. Revelando-se, desse modo, mais identificada a uma prática ética a serviço das vítimas do que a uma disciplina médica que pressupunha um diagnóstico.

Nesse sentido, o trauma não seria um fenômeno que justificasse a intervenção biomédicamédica, visto que a psiquiatria humanitária estava mais orientada ao sofrimento. Noção essa de difícil apreensão científica na medida em que porta a

característica de se comportar como expressão de afeto que está ligado às experiências de um sujeito. Assim sendo, o sofrimento é um afeto que faz demanda ao outro.

Para Fassin e Rechtman, a psiquiatria das áreas conflagradas é a “Psiquiatria Humanitária”, desde o início. E, embora as tragédias oriundas de desastres naturais pontuem a história da psiquiatria humanitária, foram as zonas de guerra que deram à prática seu maior destaque. Isso porque a guerra é produto de uma escolha humana e põe em questão valores éticos e morais que foram revisitados pela nova economia moral, que passou a reconhecer o sofrimento como categoria mobilizadora de cuidado e engajamento social, como já dito.

O primeiro relatório de Saúde Mental de Médicos Sem Fronteiras foi elaborado com base em sua prática na Guerra da Bósnia ocorrida entre os anos de 1992-1995. O relatório forneceu uma detalhada descrição sobre as consequências psicológicas da experiência de detenção dos prisioneiros de guerra. No entanto a “prática clínica com o trauma”, apresentada no relatório, não mencionava os sintomas usados como critérios diagnósticos para transtorno de estresse pós-traumático.

O relatório descreve os prejuízos psíquicos em função do enfrentamento das zonas de guerra, tais como “perdas de pontos de referências habituais que sustentam a identidade”, “destruição da capacidade de antecipação do sujeito”, “dificuldades de antecipação às mudanças físicas, psicológicas e comportamentais causadas por maus-tratos e tortura” (FASSIN; RECHTMAN, 2009 [2007], p. 180). Destaca-se nessa descrição o vocabulário tradicional, embora pela primeira vez tenha sido aplicado o “questionário para Transtorno de Estresse Pós-Traumático”.

A década de 1990 estabeleceu definitivamente a disciplina Psiquiatria Humanitária e, a partir desse momento, o trauma tornou-se o meio que permitiu aos médicos atender à violência de guerra sob uma perspectiva estritamente humanitária, ou seja, a partir do sofrimento causado pela guerra. De acordo com Fassin e Rechtman:

Narrar a guerra na linguagem do sofrimento, tratar os efeitos psicológicos da brutalidade militar, traduzir as condições de opressão em feridas da alma: esse é o papel da ação humanitária na Palestina e, mais especificamente, o papel de testemunhar está em seu cerne. (2009[2007], p. 198).

O trauma nasceu no final do século XIX como uma categoria psicológica construída em analogia à noção médica de lesão corporal, como já dito. Ainda na contemporaneidade a noção de “trauma” carrega traços dessa linhagem pois pode ser facilmente associada a uma “cicatriz psíquica”. Seu ressurgimento no final do século XX, dentro de uma nosologia reelaborada, ficou por algum tempo restrito à prática clínica. No

entanto, a noção ampliou tanto seu alcance clínico quanto diagnóstico ao estabelecer uma descrição mínima da expressão traumática no sujeito. A realidade assim descrita parecia evitar a avaliação moral, pois por basear-se unicamente na sintomatologia, a categoria “trauma” eliminava ostensivamente o julgamento moral dos fatos e de seus perpetradores.

Tomando essa orientação como referência, eram as descrições dos sintomas que definiam a síndrome. Casos de estupro, torturas ou acidentes não eram distinguidos uns dos outros e, nem o perpetrador era distinguido de sua vítima ou da testemunha. Tudo o que contava para a avaliação era a marca – trauma – deixada pela circunstância, e não a qualidade moral do que acontecera, excluindo, desse modo, a ética das relações em favor da descrição do sintoma. Conforme atentam Fassin e Rechtman: “A porta pode ter sido fechada para o julgamento moral, mas ele entrou pela janela. Ou melhor, nunca saiu de cena.” (2009[2007], p. 283).

Na atualidade o trauma está mais vinculado à categoria moral do que propriamente psiquiátrica. Por exemplo, uma situação de tortura ou abuso sexual é atestada por um profissional psicólogo ou psiquiatra sem exigência de refinamento diagnóstico. Além disso, em sua pesquisa, Fassin e Rechtman identificam na postura de profissionais de saúde mental uma recusa em atestar diagnósticos em nome de uma “validade limitada”. O que, em sua interpretação, mostra estarem mais voltados para o valor moral da situação do que para a taxonomia psiquiátrica do caso.

A categoria trauma, portanto, definiu a forma empírica pela qual as sociedades contemporâneas problematizam o sentido de sua responsabilidade moral em relação às angústias do mundo.

No livro intitulado *Razão Humanitária: uma história moral do presente* (2012), Fassin aborda a característica moral que constituiu essa nova razão do mundo – a compaixão –, constatada, entre outros, pelo processo de inclusão da saúde mental nas zonas de guerra através da psiquiatria humanitária. A psiquiatria, outrora constituída pelo registro compassivo na guerra, foi reeditada para o atendimento a cidadãos em vulnerabilidade social. Nessa acepção, o contexto socioeconômico-cultural é parte incontestável do cenário de vulnerabilidade social indutora de sofrimento psíquico.

Destacamos, então, o grande desenvolvimento do que foi nomeado como “nova pobreza” e violência urbana na França durante os anos 1980. A concentração desse fenômeno se deu dentro de áreas específicas da cidade – os subúrbios –, com a classe trabalhadora e destacadamente entre imigrantes, que foram os mais rigorosamente afetados pelas mudanças no mercado de trabalho formal. A constatação desse cenário de

vulnerabilidade social resultou prioritariamente em ações afirmativas em detrimento de uma abordagem universal, “em justiça reparadora mais do que justiça distributiva”. Ou seja, políticas de integração econômica para desempregados, por um lado, e políticas de implantação de conjuntos habitacionais, por outro. Assim se repetiu a ligação entre pobreza-crime e pobreza-compaixão.

Nesse cenário o desenvolvimento de políticas de redução de danos para usuários de drogas se deu sob uma lógica compassiva, mais aguda que repressiva, e se concentrou quase que exclusivamente em bairros pobres. Em oposição à ação baseada na ordem pública, centrada na política e na justiça, a nova abordagem (compassiva) destacou duas questões: colocar em risco a própria vida (o risco da AIDS e da hepatite) e a dor psíquica da qual o uso de drogas foi visto como consequência agravante.

Essa inversão na representação de usuários de drogas e de criminosos temidos, por exemplo, a seres sofredores, foi o prelúdio da reestruturação radical da ação pública que trouxe para o centro do investimento político em bairros pobres a promoção de cuidado nos termos da redução de danos e promoção de tratamento. O que outrora era considerado como comportamento perverso passou a ser interpretado como sofrimento, desde que se mostrasse associado à exposição da própria vida a riscos.

À medida que aumentavam o número e a visibilidade de desempregados, o sentimento de empatia e um imperativo moral de solidariedade substituíram a antiga tendência estigmatizante quanto aos comportamentos dessa população. Deste modo, as questões sociais ganharam destaque no debate a respeito do sofrimento de pessoas consideradas, de algum modo, vítimas da pobreza.

A crise econômica passou a ser vista, portanto, como fonte de todos os problemas dos desempregados, dos pobres e dos jovens. Em 1988 foi implantado o Rendimento Mínimo Garantido (RMG), que instituiu novas obrigações entre os beneficiários e as instituições de apoio. Esse benefício, de acordo com Fassin (2012), implicou na exposição do cidadão socialmente vulnerável por meio de narrativas pessoais com vistas a provar sua quase miséria para ter direito ao benefício.

Apesar da nova política compassiva reconhecer o sofrimento humano vinculado a determinantes sociais, repetiu-se o preconceito que tanto vincula a pobreza ao crime quanto à compaixão. No entanto, não houve qualquer senso crítico quanto aos efeitos morais e éticos para uma população fadada a identificar-se com o pior para acessar a garantia de direitos de cidadania. Esses agora passavam a ser caracterizados pelo adjetivo “humanitário”.

O humanitarismo, a partir da perspectiva de uma economia moral, tornou-se o agenciador político dos direitos a serem garantidos à população vulnerável. Foi, portanto, em nome do humanitarismo e de seu par, a compaixão, que uma ação assistencial foi percebida como necessária ao setor político da França.

A partira dessa experiência, em fevereiro de 1995 foi concluído na França o relatório do grupo de trabalho “Cidade, saúde mental, precariedade e exclusão social²⁰”, uma iniciativa interministerial responsável pelo anúncio dos primeiros traços do léxico público do “sofrimento”. O relatório intitulado “Um sofrimento que nós não podemos mais esconder” identificava não apenas a natureza das questões que em pouco tempo ganhariam lugar nos debates e preocupações públicas, mas também assumiria a linha de repactuação política junto aos aparatos práticos da proteção social (OTA, 2014, p. 51).

À repactuação política junto aos aparatos práticos da proteção social, ocorrida na França, correspondia o próprio “social” como dispositivo de tratamento das ameaças de ruptura da sociedade (CASTEL, 1998, p. 31 apud OTA, 2014, p. 51). Ainda em fevereiro, o então candidato à presidência do país – Jacques Chirac – pronunciava em sua campanha: “A segurança econômica e a certeza do dia seguinte são, de agora em diante, privilégios. A juventude francesa exprime seu transtorno. Uma fratura social se aproxima, cujo conjunto da nação suporta o fardo” (FASSIN, 2010²¹, p. 35 apud OTA, 2014, p.51).

Após vencido o pleito, em poucos meses uma ampla rede de “pontos de escuta a adolescentes e jovens” – os “lugares de escuta” –, foram introduzidos pelo primeiro-ministro Alain Juppé, e tinham a função de acolher a necessidade de jovens em grave vulnerabilidade social expressar suas angústias. O material colhido se tornou indicativo do que se revelaria uma nova forma de “sofrimento psíquico”, oriunda da exposição a iniquidades sociais severas.

Os “lugares de escuta” representaram, na configuração da sociedade francesa, a presença de uma “nova linguagem” impelida pelo léxico da “exclusão, do sofrimento e da escuta” para “qualificar os problemas sociais”. O que indicou uma nova “configuração semântica”, apoiada não nas questões sociais e políticas, mas na moral da “compaixão” (FASSIN, 2010, p. 38 apud OTA, 2014, p. 51).

A escolha de uma temática de esquerda – o social – por um político de direita, Jacques Chirac, parece revelar a capacidade que o neoliberalismo tem de incorporar

²⁰ Tradução livre do original : “Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale.”

²¹ Versão em idioma francês de *Humanitarian Reason*, 2012.

qualquer tema como um produto do capital. Pouco mais de dez anos após esse fenômeno, o sociólogo Jacques Donzelot detectou nas “Políticas de Coesão Social” o que chamou de “neoliberalismo social”, com suas “fórmulas variáveis de discriminação positiva, objetivando contrabalançar os efeitos da segregação” (2008, p. 8 apud OTA, 2014, p. 51). Tais medidas não visariam um Estado mínimo em permanente contenção de gastos. Ao contrário, o “neoliberalismo social” seria o efeito de uma mutação do Estado, a partir de então responsável pela reorientação do “social” em direção ao fortalecimento da coesão da sociedade. O que é diferente da promoção da redução de desigualdades decorrentes da relação entre capital e trabalho, finalidade primeira do Estado-Providência (ou estado de bem-estar social).

Trata-se, agora, de um “social de competição”, cujos objetivos exigiriam o envolvimento direto dos beneficiários dos programas sociais na resolução de sua situação, por meio de mecanismos de contratualização, como por exemplo a Revenu Minimum d’ Insertion (MRI). Isto é, uma “Renda Mínima de Inserção”, instituída em 01 de dezembro de 1988: Título 1, Artigo 1º:

Toda pessoa que em razão de sua idade, de seu estado físico ou mental, da situação econômica e de emprego, se encontre na incapacidade de trabalhar, tem o direito de obter da coletividade os meios adequados de existência... Essa renda mínima de inserção constitui um dos elementos de um dispositivo global de luta contra a pobreza, tendendo a suprimir toda a forma de exclusão, notadamente nos domínios da educação, do emprego, da formação, da saúde e da habitação.

Nesse sentido, os candidatos disputariam entre si quem deles estaria em acordo com as exigências para receber o benefício social. O que, por outro lado, diz respeito a ter a cidadania garantida por meio da demonstração das experiências de vulnerabilidade social (OTA, 2014).

Para Donzelot, é necessário compreender o processo que teria conduzido o “social” a uma nova formulação de solidariedade para “reabilitar a política a seu papel na coesão social” (2008, p.60 apud OTA, 2014, p. 52). O autor confere centralidade a esse processo que, ao disseminar políticas compassivas, termina por introduzir o ideário e as técnicas de organizações humanitárias, antes exclusivas a territórios devastados pela guerra ou pela extrema miséria (OTA, 2014, p. 52).

A partir da identificação de uma economia moral estruturando o modo de fazer política, Fassin conclui que a capacidade do afeto “sofrimento” gerar “empatia” passou a circular de modo naturalizado, recodificando o imaginário social e reconfigurando o modo como os governos se esforçam em tornar viáveis vidas precárias e, ao mesmo

tempo, ocultar as causas sociais dessa condição (FASSIN, 2010, p. 64 apud OTA, 2014, p. 52). Assim, a “percepção socialmente generalizada do risco de exclusão fez da visibilidade crescente da temática do sofrimento uma das principais expressões da nova questão social” (OTA, 2014, p. 52).

O Relatório Lazarus (1995) – ou “Une souffrance qu’on ne peut pas cacher²²” –, é consensualmente reconhecido pelos estudiosos do campo como marco no léxico do sofrimento social. O Relatório apresenta o sofrimento dos profissionais do campo social (“lugares de escuta”, por exemplo) diante de situações de ausência ou fragilidade de garantia de direitos sociais. O mal-estar dos profissionais entrevistados nessa pesquisa deu indícios de sua empatia com o sofrimento da população acompanhada, bem como de sua ignorância quanto às vivências cotidianas desse público marcado pelo signo da vulnerabilidade, violência, desemprego, dificuldades escolares, morte prematura, dentre outros. Considerar esse contexto para a avaliação dos casos se mostrou condição indispensável para a realização do trabalho nos espaços de escuta.

Um dos lugares de escuta em destaque para a temática desta tese, a “zona de educação prioritária”, constatou que o estado afetivo das crianças dessa população estava “profundamente perturbado”, tendo como efeito tanto uma relação de falta de sentido para a aprendizagem quanto a impossibilidade de preservar a autonomia da escola em relação ao ambiente familiar (Délégacion Interministérielle au Revenu Minimum d’Insertion et Délégacion Interministérielle à la Ville et au Développement Social Urbain, 1995, p. 11-12 apud OTA, 2014, p. 53).

Uma das conclusões do Relatório ganhou destaque para o campo da saúde mental, pois o “sofrimento psíquico” daquela população não estava necessariamente associado a um estado mental patológico, ainda que alguns dos fenômenos manifestos pudessem ser identificados como tal. No entanto, a grande novidade trazida pelo relatório Lazarus para o campo da Saúde Mental foi o reconhecimento de que as questões relativas ao “sofrimento psíquico não são separáveis do conjunto das condições de vida das pessoas” (FASSIN, 2010, p. apud OTA, 2014, p. 53).

A plasticidade da noção de “sofrimento psíquico”, assim, ampliou a esfera de atuação dos serviços de saúde mental, contribuindo para sua reorientação em direção às demandas de origem social. Além disso, promoveu a descentralização do lugar médico psiquiátrico, ampliando a assistência para uma perspectiva multidisciplinar (GAULEJAC,

²² Tradução livre: “Um sofrimento que não podemos mais esconder”.

2011 apud OTO, 2014, p. 53). O relatório Lazarus também foi hábil em identificar a empatia dos profissionais com o sofrimento do público atendido, gerando uma “lógica do contágio compassivo” e erigindo o sofrimento social à categoria de objeto de política pública (FASSIN, 2010 apud OTO, 2014, p. 53).

Como categoria política, o sofrimento social – oriundo das experiências sociais de iniquidade – tem sua trajetória marcada pelo contexto neoliberal, o qual transformou a questão social e progressivamente destituiu as garantias de proteção do Estado. Em contrapartida, em termos clínicos, a categoria “sofrimento social” impõe uma discrepância diagnóstica e expõe o campo à indeterminação epistemológica (OTO, 2014, p. 58-59).

No início dos anos 1990 surgiram dois novos termos que ancoram solidamente a ação pública no registro compassivo: “exclusão” e, sobretudo, o “sofrimento”. Foi um momento de amplo consenso sobre uma nova ordem social não mais “vertical”, mas “horizontal”. Uma espécie de “dentro e fora” localizando os incluídos e os excluídos. A terminologia da “exclusão” em relação à “desigualdade” teve maior impacto, evocando realidades mais concretas. As pesquisas mostraram que grande parte da sociedade francesa se sentia, à época, em perigo de exclusão.

A categoria “exclusão social”, no entanto, não é amplamente aceita. O sociólogo Robert Castel (2019 [1995]), critica a categoria “exclusão social” e propõe substituí-la pela noção de “desfiliação”. Para o autor, os contextos de “desfiliação” são compostos por trajetórias assoladas por “rupturas em relação a estados de equilíbrio anteriores mais ou menos estáveis ou instáveis.” (CASTEL, 2019 [1995], p.34). Além disso, a noção de “desfiliação” avalia as iniquidades sociais através da identificação daqueles que estão incluídos socialmente – os “in” – e os ditos excluídos – os “out”. O conceito desnaturaliza os lugares sociais e, ao contrário, reconhece uma relação de produção dos *out* pelos *in* (CASTEL, 2019 [1995], p.35).

As impressões de especialistas, mídia e opinião pública sobre a situação de “desfiliação” ou exclusão social – nos termos utilizados pelo governo francês – foram confirmadas pela pesquisa conduzida por Pierre Bourdieu, no âmbito de uma investigação coletiva. Assim, com base na investigação sociológica, o “sofrimento social” adquiriu status oficial e a escuta empática tornou-se uma ferramenta técnica legítima, com as ciências sociais servindo de modelo para o trabalho social.

O “nicho ecológico” do sofrimento social foi estabelecido por Jean-Marie Delarue, comissário interministerial que nomeou Antoine Lazarus, professor de saúde

pública, para chefiar um grupo de trabalho intitulado " Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale"²³. O “nicho ecológico” do sofrimento social fora estabelecido e três de suas condições de possibilidades foram identificadas. Em primeiro lugar, ao figurar como uma interpretação ou resposta à realidade, o sofrimento social sugeria uma resolução de ordem política para uma questão socioeconômica; em segundo lugar, ao ser validado por órgãos oficiais e até atestado pelas ciências sociais, o sofrimento social tornou-se observável e até quantificável; e, em terceiro lugar, ao suscitar a compaixão em lugar da repressão na gestão do social, o sofrimento social proporcionou um eixo moral positivo (OTA, 2014).

Resta, portanto, verificar a quarta dimensão que aborda o modo como a taxonomia psiquiátrica reconheceu o sofrimento social. Até porque o sofrimento só se tornou uma noção eficaz no campo das políticas públicas quando foi abordado por psiquiatras e inserido em um quadro institucional legítimo. A categoria sofrimento social foi identificada em situações que envolvem a fragilidade de sustentação das condições básicas de manutenção da vida: saúde, bem-estar, educação e justiça. Esse conjunto de categorias interdisciplinares indica a fragilidade de avaliações pautadas na busca da origem do sofrimento através da simplória dualidade: psicológico ou orgânico.

Kleinman et al (1997[1996]) abordam o sofrimento social a partir da perspectiva da violência política como propulsora desse sofrimento. Para o autor, é necessário, de modo preliminar, examinar as relações mais básicas entre linguagem e dor, imagem e sofrimento (p. XI). Sua abordagem ao tema do sofrimento social prioriza os diferentes setores sociais, e considera a interdisciplinaridade como chave de abertura para a interpretação desse fenômeno coletivo e de impacto individual. Para os autores, os processos políticos emolduram acentuadamente as respostas psíquicas aos tipos de sofrimento social, que se expressam em conformidade com a gramática discursiva de seu tempo. O que, na contemporaneidade, pode ser exemplificado pelas práticas de medicalização da expressão humana dos afetos.

Paul Farmer (In: KLEINMAN et al, 1997[1996]) aborda a noção de sofrimento, colocando em foco a experiência da dor física no contexto de vulnerabilidade social do Haiti, onde, de acordo com o autor “[...] nos últimos anos a violência se somou à pior pobreza do hemisfério, aprende-se muito sobre sofrimento” (p. 261). O Haiti, por muito tempo, constituiu uma espécie de laboratório vivo para o estudo da aflição, não importa

²³ “Cidade, saúde mental, precariedade e exclusão”.

como ela seja definida. O antropólogo Jean Weise observou que a vida de um camponês haitiano hoje, é de extrema miséria “e se familiariza com a morte”. A situação piorou quando em 1991 a saúde internacional e especialistas em população criaram um “índice de sofrimento humano” examinado através de medidas de bem-estar humano que vão desde a expectativa de vida até a liberdade política.

Para essa pesquisa, Farmer utiliza um modelo multiaxial, elaborado através dos eixos: gênero e “raça” ou etnia. Tais eixos foram submetidos à violência estrutural, indutora cultural da experiência de sofrimento. Gênero e etnia são realidades de um organismo que, em determinadas culturas, estão associadas à maior exposição à violência explícita, mas também pela violência da exclusão social, o que leva à miséria, ao desamparo e, no limite, ao encurtamento da vida pela morte.

Há, ainda, o aspecto da patologização do sofrimento por meio da categoria trauma. Para cidadãos altamente vulneráveis, o abandono da experiência em si e sua substituição pela ideia de trauma se tornam moedas de troca, o símbolo do capital, para que sujeitos vulneráveis sejam reconhecidos como cidadãos com garantia de direitos.

Cada vez mais, aquelas histórias complicadas, baseadas em eventos reais, mas reduzidas a uma imagem cultural de vitimização (uma marca pós-moderna), são usadas pelos profissionais de saúde para reescrever a experiência social em termos médicos. A pessoa que sofre tortura primeiro se torna uma vítima, uma imagem de inocência e passividade, alguém que não pode se representar, que deve ser representada. Então, ela se torna um paciente, especificamente, um paciente com distúrbio quintessencial do fim do século (ou seja, transtorno de estresse pós-traumático). (KLEINMAM et al, 1997[1996], p. 9).

É importante, portanto, questionarmos que tipo de sociedade transforma vítimas de processos políticos e sociais perversos (violência, fome, desemprego, desassistência etc.) em doentes psiquiátricos.

O que significa dar aos traumatizados pela violência política o status social de um paciente? E de que maneira o imaginário da vitimização como patologia de um indivíduo, altera, também, a experiência coletiva como indivíduo – de modo que seu significado moral e político, a memória, e, talvez até a resistência, se perde e é substituída pela “culpa”, “paranoia” e uma “falha em enfrentar”? (KLEINMAM et al, 1997[1996], p. 10).

A categoria sofrimento ganha o predicado “psíquico” ou social, à primeira vista construindo uma origem excludente, onde o psíquico e o social são divergentes e autoexcludentes – ou um ou o outro.

Em nossa interpretação, o “social” está associado ao que tem origem em iniquidades concretas da vida de diferentes populações do mundo, bem como a expressão do sofrimento é articulada pelas narrativas sócio-históricas de um determinado tempo

(WILKINSON, 2006). Isto é, os discursos coletivos do campo social constroem subjetividades que expressam, em seu tempo histórico e social, o modo ético e moral de expressão do sofrimento. Nesse sentido, há o sofrimento por empatia, experimentado à distância, como é o caso de graves situações de violência e iniquidade social apresentadas pelas mídias. Adjetivar o sofrimento como “social”, portanto, o associa às formas socioculturais de expressão da dor, da angústia e dos afetos humanos.

Em todas essas acepções, o social comparece como aspecto do laço entre o sujeito e o campo do Outro. O que associa a unidade do sujeito ao campo ético e moral no qual fora forjado. Nesse cenário, a atribuição de “social” ao “sofrimento” coloca o debate sobre esse afeto na esfera interdisciplinar. Isso se explica pela própria condição transversal do humano atravessada pelo real do corpo, da subjetividade e da cultura. Não é possível reduzir o debate sobre sofrimento humano a nenhum desses discursos isoladamente, o que, portanto, dá notícias da polifonia discursiva contida na noção. Os pesquisadores do tema sofrimento compartilham da ideia de que:

[...] estamos vivendo sob condições sociais e culturais que não fornecem sentido adequado ou significado suficiente para o sofrimento humano. Embora todos os pontos imersos no debate sejam de muitas maneiras contrastantes, as circunstâncias e os significados culturais moderam as experiências de dor e, ao mesmo tempo, condicionam nossa imaginação para as aflições dos outros, é geralmente reconhecido que há algo inerentemente ‘indizível’ e ‘além da representação’ no sofrimento (FRANK, 2001). Não há acordo quanto ao caráter dos processos sociais e culturais que dão origem a essa compreensão e sensibilidade compartilhadas. (WILKINSON, 2006, p. 2)

É assumido pelos pesquisadores do tema sofrimento que é através de um acentuado prejuízo dos signos culturais que o sofrimento adquire condições de gerar danos à vida humana. Destacamos que a ausência de instrumentos discursivos, morais e políticos de proteção contra injúrias geradas pela cultura expõe o sujeito a experiências de sofrimento (WILKINSON, 2006).

Foi por meio do trabalho do médico antropólogo Paul Farmer que a referência ao sofrimento social adquiriu algumas associações politicamente contundentes. Para Farmer, foi debruçando-se sobre a experiência de pessoas que sofrem os efeitos das iniquidades sociais no real do corpo – privação alimentar, violência, doença – que se abriram motivos para o debate público sobre ética e moralidade das condições estruturais que sistematicamente reproduzem privações materiais e sociais em sociedades como as do dito “Terceiro Mundo”.

Fassin, Kleinman, Wilkinson e Farmer são unânimes em reconhecer a relação inseparável entre a expressão do sujeito a partir de seu contexto sócio-histórico. O

sofrimento humano, erigido à categoria de analisador político, denuncia as iniquidades sociais e exige do político o reconhecimento do que diz respeito aos aspectos fundamentais para a manutenção da dignidade humana: alimentação, moradia, saúde, educação, segurança etc. O que indica que o sofrimento humano está inserido nesse contexto e não o oposto, que seria identificar a miséria de um povo como um produto da miséria de cada um individualmente. Sigamos ao próximo discurso genealógico sobre o sofrimento – o discurso biomédico tradicional.

2.2. Sofrimento psíquico: Modelo Biomédico Tradicional

O tema do sofrimento psíquico exige cuidadosa investigação quanto ao seu lugar no campo discursivo da racionalidade médica pós-moderna. Mariana Augusto Furtado e Ana Maria Szapiro (2016) abordaram o tema do sofrimento psíquico sob a ótica da medicina biotecnológica contemporânea e, para tanto, recuperam o processo de construção histórica dos modos de compreender o sofrimento a partir das práticas médicas.

Tomando por referência os discursos médicos presentes na virada da Idade Média à pós-modernidade, as autoras observaram mudanças no modo como a racionalidade médica passou a entender o sofrimento. De modo didático, Furtado e Szapiro dividiram os momentos históricos em três partes e localizaram as mudanças no discurso médico que impactaram as práticas do campo da saúde e o entendimento do sofrimento.

No primeiro momento, identificado como Idade Medieval, o sofrimento e a morte eram considerados circunstâncias naturais, sendo parte incontornável da vida humana; o segundo momento é marcado pelo advento da modernidade, quando o surgimento da medicina inaugurou um novo olhar sobre o sofrimento e sobre a morte, que passaram a ser objetos de conhecimento e intervenção, de tal modo a serem mitigados. Por fim, o terceiro momento – pós-moderno –, é resultante dos desdobramentos da medicina moderna na qual o sofrimento passou a ser patologizado e portanto, tornou-se objeto de tratamento. A partir dessa chave de leitura, as autoras analisam a relação do discurso médico com a construção de subjetividades em torno dos signos da saúde, da morte e do sofrimento.

Para Vergely (2000 apud FURTADO; SZAPIRO, 2016), o período medieval traduz a experiência de sofrimento através do modo como um homem cristão enfrentava e construía sentidos para as suas experiências de dor, sofrimento e morte num mundo sem o

recurso ao discurso científico da microbiologia. Nesse período parece haver uma resignação do sofrimento como método de purificação da alma, que nesse momento histórico, tinha mais valor que o corpo terreno. No período medieval a alma é a herdeira da promessa divina de vida eterna e portanto, mais valorizada que o corpo terreno. Já, na contemporaneidade, ao contrário, o cenário do corpo é o palco onde habitam a felicidade e de onde a dor, angústia e sofrimento devem ser expurgados. Assim, é o corpo organismo que reteve em si a tarefa que outrora fora divina.

Entretanto, o percurso que culminou nessa radical inversão foi lento. Na Idade Moderna, houve grande investimento nas ciências e o surgimento da medicina anatomopatológica foi uma de suas consequências. Sob o olhar científico, o corpo ganhou novo status tanto para o pesquisador quanto para o aquele que experimenta dor, sofrimento ou angústia. A medicina anatomopatológica transformou o corpo no lócus da verdade sobre as experiências humanas. O corpo tomou o lugar de uma espécie de unidade mínima depositária da doença e da saúde, da dor e do prazer, do sofrimento e da felicidade, da angústia e da morte. A vida de relações, a vida psíquica e a subjetividade foram relegadas à condição de submissão à regra do organismo como detentor da verdade última sobre o sujeito psíquico.

No início do século XX, a partir do avanço da cibernética a pós-modernidade deu caminho a mais uma virada na relação com o corpo e os afetos. Já não é mais necessário o sintoma para a descoberta da doença pois já é possível a identificação de um agravo sem a observância do doente, sem que ele sinta o mal (sintoma). A cibernética, matriz tecnológica da tecnociência (FURTADO; SZAPIRO, 2016, p.97), tornou possível ao médico prescindir da participação do próprio paciente – através de suas narrativas de sintomas – para colocar em prática a busca pelo conhecimento.

Com esse contexto de exclusão da subjetividade e busca de uma praticidade na produção da saúde, as autoras destacam que a narrativa pós-moderna parece mais interessada na pergunta utilitarista “pare que serve?”, do que na pergunta ontológica e inclusiva do sujeito “o que é isso?”, ou ainda, a pergunta histórica “por que isso?”. Ao apoiar-se no discurso tecnológico pragmático a medicina biotecnológica pós-moderna parece colocar-se a pergunta: “para que serve o sofrimento?” (FURTADO; SZAPIRO, 2016, p.98).

Há, portanto, do ponto de vista filosófico, um deslocamento da pergunta do “ser” – complexa – à questão quanto ao “fazer” – que é prática, utilitária, produtiva, ligada à racionalidade neoliberal. Revelando, assim, um modo contemporâneo de fazer ciência:

submetido às regras do mercado (LYOTARD, 2006 apud FURTADO; SZAPIRO, 2016). Depreendermos, por consequência, a posição discursiva filosófica contemporânea em acordo com o projeto utilitarista do modelo econômico capitalista, que opera um esvaziamento quanto ao que é da ordem do ontológico e do conhecimento, substituindo-o pelo investimento no que é do campo da “produtividade”. Cabe a questão: o que é produzido? Em uma lógica que exclui a subjetividade, é possível recolhermos desses atos a produção de “gadgets” que visam tamponar o mal-estar e brevemente apaziguam a angústia.

No período pós-guerra, em função dos escândalos produzidos em nome da evolução da ciência pela medicina nazista, a saúde foi redefinida sendo deslocada do cenário do corpo para o biopsicossocial. Ao objeto corpo biológico foram acrescentados aspectos psíquicos e sociais e a inclusão dos determinantes sociais para a definição do que vem a ser saúde. A década de 1970 testemunhou o marco da “Promoção de saúde” culminando em 1986 com o Programa de Promoção de Saúde (OPAS, 1986). A saúde tornou-se um valor a ser perseguido e alcançado em níveis individuais, mas sobretudo, em extensões populacionais.

Podemos inferir disso que a escolha por uma concepção de saúde ampla promove repercussões também na produção subjetiva contemporânea. O cuidado com a saúde tornou-se uma preocupação destacada na contemporaneidade, atravessando os diferentes segmentos sociais, com acentuado investimento no desempenho das funções do corpo. Desse espera-se que esteja sempre em condições de plenitude: magro, alto e forte. O que, com efeito, estabelece novas formas de relação com a dor, a estética, a produtividade, a vida, a morte, o sexo, o sofrimento (FURTADO; SZAPIRO, 2016, p.99).

Alcançar a saúde perfeita e a plenitude da vida tornaram-se objetivos contemporâneos. Ter saúde, expressa nos termos do bem-estar (por oposição a mal-estar) biopsicossocial, tornou-se uma espécie de plenitude. Neste sentido, o sofrimento ganhou status quase sinônimo de doença mental; nos termos contemporâneos, o sofrimento tornou-se sinônimo de transtorno mental.

Pelo exposto, podemos depreender que a medicina biotecnológica contemporânea, como um discurso entre vários na construção de saberes e práticas em saúde, concorre para a construção de subjetividades atravessadas por um modo do sujeito lidar com o que lhe afeta, retirando de sua existência o mal-estar, o sofrimento, e se antecipando ao sintoma com vistas a recobrar uma saúde que sequer fora perdida.

O modelo biomédico tradicional está baseado na clínica centrada no olhar do especialista sobre a doença. Conforme abordado por Foucault em *O nascimento da clínica* (1994[1963]), essa prática se constituiu pela experiência sensorial do médico com o fenômeno localizado no corpo. O paciente oferece seu sintoma ao olhar médico e, nesse encontro entre o paciente e o médico, busca-se a doença a ser vencida. Por vezes, isso resulta em consequências infelizes para o paciente, no sentido de uma adequação ao Outro que lhe deixa como resto uma impossibilidade de se expressar pela via da estética que lhe é singular. Isso acontece, destacadamente, nos quadros psiquiátricos, tendo em vista que o conjunto dos fenômenos psicopatológicos são assim identificados por seu caráter de ruptura com a norma, o estabelecido, o previsível.

Com essa perspectiva, a segunda metade do século XX se encontrou com a necessidade de construir um dispositivo consensual no campo diagnóstico psiquiátrico, de tal modo a dar suporte às demandas acadêmicas, terapêuticas, legais, administrativas e trabalhistas. Embora isso incluísse o risco de uma sobreposição de sintomas, conforme já advertido pelo psiquiatra Berkley (1900) no “Tratado das doenças mentais” (GROB, 1998, p. 201 apud PERRING e WELLS, 2014 p.130).

Após muito debate, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) produziu o primeiro Manual Estatístico para uso de instituições psiquiátricas. Esse Manual, o primeiro (antes da série dos DSM), expandiu as categorias diagnósticas para vinte e dois (22) tipos, com forte preponderância do organismo sobre o psiquismo.

Esse instrumento sofreu muitas críticas e, apesar de Adolf Meyer, à época o mais importante psiquiatra dos EUA, ter participado das discussões e deliberações do comitê de elaboração nosológica, ele não permitiu que seu nome fosse incluído no documento sobre o qual ele mesmo tinha severas críticas. Meyer defendia a posição de que uma abordagem diagnóstica em categorias invalidaria a natureza individual da psicopatologia.

Entre 1918 e 1940 o Manual teve dez (10) edições. A última delas incluiu os diagnósticos de neurose, psicose – de origem psicanalítica – e os mais orientados a condições orgânicas. No entanto o instrumento se mostrou limitado para sua principal função que era a de universalizar a comunicação sobre diagnósticos entre especialistas; e, se revelou mais eficiente para a coleta de dados sobre prevalência de transtornos psiquiátricos.

A II Guerra Mundial teve grande impacto sobre a produção da nosologia psiquiátrica. Com a disciplina psiquiátrica sendo mais valorizada dentro do que fora dos

campos de batalha, tornou-se necessária a produção de um instrumento técnico que fosse além do mero levantamento estatístico diagnóstico.

Assim, a Associação Americana de Psiquiatria, constituída pelo antigo grupo de superintendentes de hospitais psiquiátricos, produziu o primeiro **DSM (DSM-I, 1952)**. Sua elaboração foi altamente influenciada pela Guerra, pelo psiquiatra Adolf Meyer e pela psicanálise. Essa foi a primeira vez que inúmeros médicos deram importância à nosologia nos EUA. Contudo, os critérios diagnósticos eram muitos frouxos e deixavam à avaliação médica a elaboração diagnóstica, o que gerou divergências para o campo. Até esse momento, nenhuma nosologia psiquiátrica incluía a infância (PERRING e WELLS, 2014).

O processo do DSM se deu a partir do sistema de coleta de recenseamento e estatísticas de hospitais psiquiátricos e de um manual desenvolvido pelo Exército dos EUA com a finalidade de selecionar e acompanhar recrutas, além das situações surgidas nos contextos de guerra. Na versão de 1952, o Manual ampliou a classificação utilizada pelo exército desde 1918, de modo a uniformizar os critérios semiológicos da prática diagnóstica em torno de 180 distúrbios. Suas categorias são orientadas por critérios psicodinâmicos e ainda fortemente marcados pelas concepções de Adolph Meyer²⁴, que ressaltava a oposição entre neurose e psicose.

O primeiro grupo, o da neurose, está relacionado prioritariamente ao conjunto dos quadros clínicos compreendidos pelos sintomas de ansiedade e depressão, com preservação do contato com a realidade; já o segundo grupo, o da psicose, é caracterizado pela presença de alucinações e delírios acompanhados de perda da realidade (WILSON, 1993 apud DUNKER, 2014, p. 85). Aqui, os quadros de etiologia biológica e condições

²⁴ Filho de um pastor, Adolf Meyer nasceu em 1866 em Niederweningen, pequena cidade dos arredores de Zurique. Apesar do seu gosto pela filosofia, escolheu a medicina, com uma orientação neurológica, que completaria em Viena e em Berlim, mas principalmente em Paris, junto a Dejerine, e em Londres, junto a Hughlings Jackson. Defendeu sua tese em Zurique sobre "O cérebro anterior dos répteis", sob a orientação de Auguste Forel, então professor de psiquiatria e médico-chefe da Clínica Universitária do Hospital Burghölzli. Assim, quando em 1895 Meyer deixou o Hospital Kankakee pela Universidade de Clark (Massachusetts), evoluiu da neurologia para a psicopatologia, fascinado com a significação da história pessoal dos doentes, e orientou-se para a psiquiatria. Faria do Worcester State Hospital um centro ativo de ensino. Opondo-se à concepção kraepeliniana das doenças mentais-entidades, professava que as perturbações mentais eram modos de reação inadequados a situações diversas e que o seu tratamento deveria ter como finalidade ajudar o paciente a encontrar a adaptação mais eficaz. A essa atividade integrada, deu o nome de *ergasia* (do grego, trabalho) e elaborou uma concepção "psicobiológica" da patologia mental, para a qual propôs o nome de *ergasiologia*. Confiou o laboratório de psicobiologia a John Watson, o "pai" do behaviorismo, e o primeiro serviço de psiquiatria infantil a Léo Kanner, o "pai" do autismo infantil. Adolf Meyer aposentou-se em 1941. Em 17 de março de 1950, morreu aquele que, durante meio século, dominou o ensino da patologia mental nos Estados Unidos e a quem devemos os fundamentos da psiquiatria dinâmica americana. Disponível em: <<https://www.redepsi.com.br/2008/02/20/meyer-adolf-1866-1950/>>. Acesso em: 14, junho de 2023.

responsivas a contextos sociais específicos encontram-se representados. Uma das críticas ao modo dinâmico de elaborar diagnósticos foi a ausência de uma clara separação entre o normal e o patológico, ainda que a intenção do DSM-II fosse estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos.

A versão de 1952 reconheceu claramente a síntese de esforços anteriores de homogeneizar a prática diagnóstica na psiquiatria, em que o papel da psicanálise era proeminente. Devemos lembrar que o esforço de conciliação com a classificação emanada pela Organização Mundial de Saúde, Classificação Internacional de Doenças (CID-6), revelou, pela primeira vez, como as ideias psicanalíticas e psicopatológicas subjacentes poderiam conter particularidades não tão facilmente aceitas no resto do mundo. (DUNKER, 2014, p.85)

O DSM-II foi elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), em 1968 e atraiu severas críticas em função de sua posição ideológica cientificista revelada pelo compromisso entre a psiquiatria mais normativa e uma espécie de psicanálise “retrógrada”. Nesse contexto, a associação entre histeria e feminilidade e entre homossexualidade e perversão são exemplos claros de que o DSM representaria “a realização institucional, referendada pelo Estado e articulada a seus dispositivos institucionais, jurídicos e de pesquisa da repressão pública” (DUNKER, 2014, p.90). As iniquidades sociais, o controle da população e a segregação de minorias encontrariam explicações “científicas” sustentadas pela vinculação entre a psiquiatria e a psicanálise de então.

O DSM-II incluiu um grupo específico de diagnósticos psiquiátricos para crianças e adolescentes. Como era de se esperar, houve divergências entre os diagnósticos elaborados nos EUA e nos países europeus, e uma nova versão foi elaborada para universalizar esses diagnósticos, dessa vez, porém, excluindo o vocabulário psicanalítico do DSM. Nele foram expandidos as categorias e o número de transtornos. O uso do termo meyeriano “reação” foi reduzido e, em seu lugar foi incluída a psicopatologia infantojuvenil pela primeira vez, apesar de pouco explorada.

Os diagnósticos da infância incluíam distúrbios mal formulados como “reação descontrolada da infância” em lugar de depressão. Essa versão do Manual foi muito criticada em função do que foi considerado uma desconexão com o progresso científico do campo psiquiátrico. Em vez disso, sua elaboração foi pautada pelas opiniões de especialistas, através de debates em um processo altamente político. Assim como aconteceu com o DSM-I, o campo psiquiátrico tradicional considerou que o DSM-II também manteve vagos critérios nosológicos (PERRING e WELLS, 2014).

Sob a liderança do psiquiatra Robert Spitzer, em 1974, formou-se uma força tarefa

com o objetivo de estabelecer uma versão revisada do Manual, a qual teve características inteiramente diferentes do anterior: havia uma clara intenção de ajustar a classificação norte-americana ao instrumento correlato proposto pela Organização Mundial de Saúde, a Classificação Internacional de Doenças (CID), o critério etiológico fora abandonado assim como a referência à teoria psicodinâmica; além disso, o instrumento pretendia uniformizar também a pesquisa em psicopatologia, com base biomédica.

O DSM-III foi desenvolvido pelo grupo Spitzer, publicado em 1980, e visava produzir critérios de pesquisa em psiquiatria, característica alcançada pelos dois manuais anteriores. Para isso, em nome da objetividade nosológica, os diagnósticos mais orientados à subjetividade, como a neurose, por exemplo, foram excluídos. Pela primeira vez, introduzia-se listas em forma de *checklist* para a verificação de fenômenos comportamentais estruturantes do diagnóstico e a modalidade de diagnóstico multiaxial em 5 eixos. Como efeito, houve significativa expansão de diagnósticos psicopatológicos de crianças e adolescentes.

Nesta terceira versão do DMS foram catalogadas 265 categorias diagnósticas fundamentadas em critérios da medicina baseada em evidências (DUNKER, 2014). Esse fato foi considerado uma mudança no curso da psiquiatria, que até aquele momento seguia fortemente orientada pela psicanálise (MARTINHAGO e CAPONI, 2019).

Pereira (2000 apud DUNKER, 2014, p. 91) destaca que a partir do DSM-III os diagnósticos passariam a ser considerados como instrumentos convencionais, dispensando qualquer referência ontológica e a única exigência seria a concordância no plano descritivo. O novo instrumento admitiria pela última vez em sua história o emprego da modalidade neurose como categoria clínica.

Os aspectos culturais e contextos sociais foram reduzidos a “síndromes culturais específicas”. Houve, assim, uma exclusão de tudo o que retratasse os aspectos coletivos da construção da subjetividade e, portanto, também do sofrimento, dando lugar ao individualismo das formas biológicas, assentadas na natureza individual do fenômeno somático; dessa vez, no entanto, o modelo fora aplicado ao campo dos transtornos mentais.

Os processos de dessubjetivação e despolitização do DSM-III parecem seriamente vinculados aos movimentos econômicos pelo qual passava a economia mundial, quando o capitalismo dava sinais de falência e acendia o neoliberalismo. Margaret Thatcher, Primeira-Ministra da Inglaterra à época, dizia que a proposta econômica visava ir além dos meios de trabalho, chegando a “mentes e corações” das pessoas.

Durante os anos 1970 houve uma primeira onda crítica contra o projeto do DSM, com destaque para a retirada da neurose como categoria diagnóstica através da transformação da narrativa de sofrimento expressa pelo conjunto de diferentes sintomas de um sujeito como mera descrição de inadequação comportamental (DUNKER, 2014, p. 93).

Os anos 1980 testemunharam o gradual processo de retirada de categorias e signos clínicos psicanalíticos que foram substituídos por entidades psiquiátricas pautadas em critérios fenomênicos, num paulatino processo de desligamento da tradição da psiquiatria dinâmica. Conforme descrito abaixo:

Portanto, no espaço de 50 anos, rompeu-se uma longa tradição em vigor desde Pinel, na qual a caracterização das formas de sofrimento, alienação ou patologia mental fazia-se acompanhar da fundamentação ou da crítica filosófica. Isso se mostra na influência que Pinel sofrera do pensamento hegeliano, na importância de Kant para a formação da psiquiatria alemã (Kraepelin), do associacionismo inglês na psiquiatria de Griesinger ou do positivismo contemporâneo para a psiquiatria clássica francesa (Esquirol, Morel) ou ainda a presença de Husserl na psiquiatria de Karl Jaspers (Berrios, 1996). A partir de meados do século XX, esse sistema de correspondências psiquiátrico-filosófico se deslocou de tal maneira que passou a incluir a psicanálise. Isso se mostra inicialmente no modelo proposto por Eugen Bleuler e depois na figura de compromisso, um tanto ambígua quanto a sua definição exata, conhecida como psiquiatria dinâmica. Não que o programa contido no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* esteja isento de implicações filosóficas, éticas e epistemológicas, mas jamais são assumidas explicitamente, e o centro dessa problemática é o deslocamento para o campo genérico da fundamentação das ciências biológicas. (DUNKER, 2014, p. 86)

Entre as várias críticas à edição, destaca-se o incômodo do meio médico com o uso de listas de verificação de descrições diagnósticas, reduzindo assim questões complexas a meros agrupamentos de fenômenos. Outros ainda consideravam a abordagem pseudocientífica, e os psiquiatras de orientação dinâmica percebiam esse empreendimento como hostil à psicanálise. Por outro lado, muitos médicos avaliavam o DSM-III como um grande progresso para a psiquiatria e o manual foi amplamente utilizado em todo o mundo.

Apesar das críticas, pela primeira vez na história da psiquiatria profissionais de todo o mundo podiam falar sobre o mesmo fenômeno usando o mesmo vocabulário, o que lhes conferia a sensação de certo grau de certeza quanto à universalidade dos diagnósticos.

O DSM-III-R²⁵, publicado em 1987, também teve sua elaboração presidida por Spitzer. Continuou a tradição de ampliação da quantidade de diagnósticos, através da modificação de critérios antigos além de expandir o componente multiaxial. A forma de elaboração diagnóstica, porém, seguiu o modelo do DSM-III.

A elaboração do DSM-IV teve início menos de um ano após a publicação do DSM-III-R. Houve mudanças conceituais mínimas e seguiu o histórico de aumento de diagnósticos a cada nova edição do Manual (PERRING e WELLS, 2014, p. 132).

Nessa quarta edição do DSM, cada um dos transtornos mentais é conceituado como um comportamento clinicamente significativo, que ocorre em um indivíduo e está associado a um sofrimento atual (sintoma doloroso, por exemplo) ou incapacidade (isto é, prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou o risco significativamente aumentado de sofrer dor, incapacidade, perda da vida ou perda importante da liberdade. Além disso, esse padrão, não deve ser uma resposta previsível e culturalmente esperada a um evento particular, por exemplo, a morte de um ente querido.

Qualquer que seja a causa original do fenômeno, deve ser considerada como manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica, que gere sofrimento, para que seja reconhecida como um transtorno. É fundamental, portanto, para a definição do transtorno (DSM-IV), que ele esteja associado ao sofrimento/deficiência presente. Essa ideia também se encontra em vigor na CID-10 e se mantém no DSM-V. Para todos os fenômenos comportamentais concorrentes ao diagnóstico de transtorno, a ênfase no sofrimento/deficiência é essencialmente correta. A angústia e a perda de funções, com prejuízo para as atividades de vida cotidianas, constituem a fenomenologia fundamental das condições que os pacientes apresentam. E aparecerão, no mínimo, como marcadores para diagnóstico diferencial em saúde mental.

A ideia-chave do DSM-IV, a angústia e a deficiência, já havia funcionado na conceituação proposta pelo DSM-III, além de princípio excludente do diagnóstico de homossexualidade da terceira edição. Para diferenciar o normal do patológico, o DSM sempre se orienta pela presença de sofrimento e deficiência como referências para o diagnóstico diferencial.

A quarta versão do Manual – o **DSM-IV** – foi editada em 1994 apresentando 297 categorias diagnósticas em 886 páginas, organizadas em cinco eixos, relativos aos diferentes aspectos da doença ou deficiência:

²⁵ Em DSM-III-R, o “R” significa “revisado”.

- 1- Eixo I: distúrbios clínicos, incluindo os principais transtornos mentais, bem como desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem.
- 2- Eixo II: retardo subjacente penetrante ou condições de personalidade, bem como mental.
- 3- Eixo III: situações clínicas agudas e doenças físicas.
- 4- Eixo IV: fatores psicossociais e ambientais que contribuem para a desordem.
- 5- Eixo V: avaliação global de funcionamento.

A principal mudança dessa vez foi a inclusão de critério de importância clínica para praticamente metade das categorias que tinham sintomas e causavam sofrimento clinicamente.

Publicado em 2013, o DSM-V foi organizado segundo o modelo categorial em três seções, ao longo de 947 páginas, da seguinte forma: seção I – apresenta orientações para o uso clínico e forense; seção II – descreve os critérios e códigos diagnósticos dos transtornos; e, seção III – nela estão localizados os instrumentos para as avaliações dos sintomas, os critérios da formulação cultural dos transtornos, o modelo alternativo para os transtornos de personalidade e uma descrição das condições clínicas para estudos posteriores (APA, 2013). Em uma atitude política, o DSM-V introduziu o diagnóstico de Transtorno Disruptivo de Desregulação de Humor como uma aparente tentativa de reduzir os diagnósticos de Transtorno Bipolar em crianças. A principal crítica ao DSM-V é a relativa ausência de testes de campo para a elaboração diagnóstica em geral.

Conforme acompanhamos, pouquíssima atenção foi dada ao campo da infância ao longo das edições do DSM. Entre os anos de 1920 e 1964 foram publicadas 24 propostas para uma nosologia específica da infância (PERRING, WELLS, 2014, p. 133). Há um importante trabalho publicado em 1966 pelo Grupo para o Avanço da Psiquiatria (GAP), do Comitê de Psiquiatria Infantil, pouco antes do lançamento do DSM-II. Essa foi a primeira tentativa séria e abrangente de uma nosologia moderna que abordasse a psicopatologia da criança e do adolescente.

Essa nosologia foi orientada pela medicina psicossomática engeliana, precursora do modelo biopsicossocial de Engel e foi de grande importância a dedicação à constituição de uma nosologia específica para crianças e adolescentes, interrompendo a ciclo repetitivo de uma adequação da clínica do adulto à criança e ao adolescente. O modelo fundamentava-se na relevância do desenvolvimento da criança para a formulação

diagnóstica e os aspectos psicossociais da existência da criança na família e na sociedade. Os dois últimos fundamentos dessa abordagem diagnóstica são essenciais para um esforço significativo quanto ao diagnóstico em psiquiatria da infância e adolescência, e foram tacitamente ignorados nos sistemas oficiais do DSM.

A nosologia psiquiátrica da criança e adolescência sofreu muitas críticas e a mais vigorosa e importante talvez seja a de Dennis Cantwell, que se mantém relevante até a atualidade. São elas:

- 1) Se a abordagem dimensional ou categorial é a mais apropriada.
 - 2) Se os transtornos podem ser vistos como quantitativamente ou qualitativamente diferentes do “normal”.
 - 3) Se as categorias diagnósticas podem ser vistas como “entidades discretas”.
 - 4) Como a comorbidade é considerada no sistema diagnóstico?
 - 5) Como as condições ‘subliminares’ são consideradas?
- (CANTWELL, 1996 apud PERRING, WELLS, 2014, p. 134)

O autor destaca a fragilidade teórica e aponta a necessidade de um esforço em busca de uma nosologia consistente, que respalde a clínica psiquiátrica com crianças e adolescentes.

O tema da nosologia psiquiátrica de crianças e adolescentes aglutina, ainda, importantes questões quanto à técnica e à ética do cuidado além da validade diagnóstica. Tais aspectos potencializam discursos sobre a infância/juventude contemporânea tendentes a medicalizar os excessos próprios a esse período e interpretá-los sob a chave de leitura psicopatológica.

A tendência à heterogeneidade teórica no campo nosológico infantojuvenil é fonte de críticas e discussões epistemológicas quanto à sua validade. Perring e Wells (2014, p. 136) elencaram vinte e uma críticas a essa situação, são elas: as críticas ao conceito de “insanidade moral”; à falta de utilidade prática para o diagnóstico; à falta de esclarecimento sobre a “insanidade” na infância/juventude; ausência de etiologia conhecida; presença de comorbidades; diagnósticos excessivos; falha em focar no paciente individualmente; ausências de aspectos científicos e pesquisas; acentuado caráter político; à abordagem através de lista de verificação; processo pseudocientífico; ameaça à psicanálise; pouca discriminação entre transtornos graves e relativamente menores; excesso de edições com grande lucro para a Associação de Psiquiatria Americana (APA); insensibilidade cultural; pseudodiagnósticos (DSM-V); ausência de testagem de campo (DSM-V); indiferença ao processo de desenvolvimento da criança/adolescente; ausência de avaliação conceitual quanto à evolução de síndromes ao longo do tempo; abordagem simplista do comportamento humano; pouca importância à nosologia formal. Dessas

destacaremos as seguintes: o conceito de “insanidade moral”, a insensibilidade cultural, e a indiferença ao processo de desenvolvimento da criança/adolescente.

O final do século XIX testemunhou os esforços oriundos de diferentes regiões para desenvolver uma nosologia psiquiátrica universal. A principal diferença entre a empreitada dos Estados Unidos, Grã-Bretanha e Europa continental se condensava na noção de “insanidade moral” (PERRING e WELLS, 2014, p. 128). Noção elevada ao nível de conceito e introduzido por James Prichard (1837), que acreditava que questões de âmbito moral como o “caráter” seriam temáticas de domínio psiquiátrico. Até esse momento histórico, a psiquiatria tomava como prioridade a loucura – psicose – e excluía de seu interesse o “comportamento inadequado”.

Na aurora do século XX, o mundo ocidental assistiu a uma controvertida discussão entre psiquiatras a respeito da inclusão da noção de “insanidade moral” na psiquiatria que, ao final, foi incluída como diagnóstico. Na psiquiatria geral, a “insanidade moral” foi renomeada como “transtorno de personalidade”, diagnóstico restrito a adultos. Ao passo que na psiquiatria com crianças e adolescentes o diagnóstico foi identificado aos comportamentos “externalizantes”, reativos como o “transtorno de conduta” e o “transtorno desafiador de oposição”.

Em 1972, em resposta a esse debate, Thomaz Szasz escreveu: “Maus hábitos não são doenças”, em consideração à moralidade incluída em diagnósticos oriundos da “insanidade moral”. Mais recentemente, com a quinta edição do DSM – o DSM-V –, esse debate ganhou novo fôlego. Com a reformulação do Manual, foi adotada uma abordagem “dimensional”²⁶ para os “Transtornos de Personalidade”, o que os tornariam mais frequentes na infância e adolescência, além de mais comuns nas demais faixas etárias.

Até o ano de 2014, portanto, a questionável “insanidade moral” não preocupava o campo da psiquiatria com crianças e adolescentes e foi apenas com a emergência do DSM-V que se tornou uma questão.

Com essa edição, os transtornos de personalidade (fundamentados pela insanidade moral”) foram ampliados para pacientes menores de dezoito anos. Tal posição ético-epistemológica trouxe à superfície a indiferença da nosologia psiquiátrica à condição da criança/adolescente como sujeito em desenvolvimento; e, além disso, excluiu o processo

²⁶ Esta abordagem está associada a padrões interpessoais, e estes com a formação de vínculos, o desenvolvimento da identidade, a psicopatologia e as intervenções terapêuticas. Disponível em: <<https://cpaf.com.br/artigos-cpaf/dsm-5-proposta-dimencional-e-implicacoes-multidisciplinares#:~:text=A%20nova%20proposta%20dimensional%20do,psicopatologia%20e%20as%20interven%C3%A7%C3%B5es%20terap%C3%AAuticas>>

coletivo cultural da elaboração diagnóstica em psiquiatria como se essa disciplina não tivesse especificidades epistemológicas em relação ao campo médico geral. Sobre essa questão, o psiquiatra Renato Alarcon faz a ressalva de que existem variações culturais no modo de sofrer e expressar esse afeto (1995, p. 456 apud PERRING e WELLS, p.2014, p. 145).

Com essas referências, abordaremos na próxima sessão a associação entre o modelo psiquiátrico biomédico e a clínica da infantojuvenil.

2.2.1. Modelo Biomédico e Infância

A construção de diagnósticos psiquiátricos contemporâneos orientados ao paradigma biomédico consiste num complexo esquema discursivo que reflete os aspectos socioeconômicos e culturais do processo civilizatório. Os pesquisadores Christian Perring e Lloyd A. Wells abordam o tema no livro *Dilemas Diagnósticos em Psiquiatria com Crianças e Adolescentes*²⁷ (2014), centrando esforços na construção e nos efeitos do diagnóstico psiquiátrico de crianças e adolescentes a partir de diversas abordagens psiquiátricas. Para tanto, tomam como referência o Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental (DSM), investigando sua vasta produção nosológica a cada revisão.

De acordo com os autores, essa construção é acentuadamente marcada por questões de ordem epistemológica e técnica, tendo em vista a grande produção nosológica sem consenso entre os profissionais desse campo. Ou seja, houve uma falha na sustentação do paradigma psiquiátrico com crianças e adolescentes. Acrescenta-se a isso a escassa produção teórica e clínica sobre o tema da psiquiatria com crianças e adolescentes, o que torna opaco e frágil o cenário científico sobre o tema.

Em paralelo, à medida que novas edições do DSM foram lançadas, houve o progressivo aumento de diagnósticos psicopatológicos. Tal processo recebeu duras críticas de alguns setores do campo da saúde mental, que identificaram a redução do sofrimento psíquico a categorias médicas como se os afetos humanos fossem meramente efeitos de alterações da fisiologia cerebral, excluindo com isso qualquer contexto social e político. Associado a essa disposição para o fisiologismo cerebral, o século XXI testemunha a proliferação de diagnósticos psiquiátricos em toda a população mundial, com destaque para a infância e adolescência.

²⁷ Título original: *Diagnostic dilemmas in child and adolescent psychiatry: philosophical perspectives*.

Questionamos os motivos pelos quais a infância e adolescência se destacam nesse fenômeno e associamos a isso o próprio processo tardio de reconhecimento afetivo da infância como diferença em relação ao adulto. Por outro lado cabe a questão: a proliferação de diagnósticos psiquiátricos seria um indicativo de que a população mundial está adoecendo mentalmente? Ou o mal-estar, o sofrimento e a angústia estão sendo medicalizados às custas do apagamento do sujeito? (MARTINHAGO e CAPONI, 2019).

Conforme visto, à medida que o DSM foi reeditado e ampliou sua extensão diagnóstica, também houve na população um significativo aumento de indivíduos diagnosticados com Transtornos Mentais. Essa questão nos parece fundamental para a direção da política de saúde mental a ser implementada ao redor do mundo, com atenção para as diferenças culturais e territoriais.

A tradição da clínica dinâmica em saúde mental se orienta pela complexidade da elaboração diagnóstica, considerando para tal, a escuta ao sujeito em sofrimento e seu contexto. Em contrapartida, o DSM apresenta descrições em forma de lista de comportamentos e, desse modo, o diagnóstico é realizado de forma descritiva, através de *checklist*.

Tal abordagem psiquiátrica no campo da infância e adolescência parece estar associada à condição desse nicho como “pessoas em desenvolvimento”, mas que, nesse caso, desconsidera a autoridade do sujeito do desejo²⁸ em qualquer idade da vida. O que por outro lado, sugere uma confusão entre o sujeito psíquico e o indivíduo biológico de tal modo a emudecer a criança dando aval a que outro fale em seu lugar.

A outra razão, bem mais estrutural, diz respeito ao próprio estatuto da subjetividade que não é atribuída em sua radicalidade à criança e ao adolescente, como pudemos acompanhar no capítulo 1 desta tese. Ou seja, isso ocorre ainda na contemporaneidade, mesmo comparecendo em lei o reconhecimento da criança como cidadão que, dentro de seus limites estruturais, responde por si. É nesse limite que o sujeito do desejo parece perder o reconhecimento de sua autonomia psíquica e favorece que o Outro fale por ele, pondo palavras em sua boca, em seu corpo e em sua história.

A abordagem de Perring e Wells (2014) destaca o grande equívoco do campo psiquiátrico ao elaborar a psiquiatria com crianças e adolescentes tomando por referência

²⁸“O sujeito, em psicanálise, é o sujeito do desejo, que S. Freud descobriu no inconsciente. Esse sujeito do desejo é efeito da imersão do filho do homem na linguagem. É preciso, pois, distingui-lo tanto do indivíduo biológico tanto do sujeito da compreensão. Não é, portanto, o eu freudiano (oposto ao isso e ao supereu). Nem tampouco o eu da gramática. Efeito da linguagem, não é um elemento dela: ele “ex-siste” (mantém-se fora), ao preço de uma perda, a castração.” (CHEMAMA, 2002, p. 208).

o paradigma psiquiátrico de adultos. Tal postura clínica traz claras dificuldades para a sustentação técnica do fenômeno expresso pelo sujeito criança/adolescente, gerando discordâncias internas ao campo nosológico psiquiátrico infantojuvenil.

A criança e o adolescente têm características importantes que os distinguem do adulto não apenas na esfera orgânica, mas também psíquica e social. Do ponto de vista do psiquismo, a criança e o adolescente estão em processo de construção do aparelho psíquico, ainda muito frágil e submetido ao Outro pela via não só do desejo, mas também da necessidade. Já do ponto de vista social, é considerado “vulnerável” por sua condição biológica de sujeito em desenvolvimento.

Apesar dessas nuances, é importante que não se perca de vista que o sujeito psíquico sempre terá autonomia sobre seu desejo. Nesse caso, há um mal-estar ético entre a postura orientada pelo modelo biomédico e o modelo psicanalítico, que reconhece e sustenta o sujeito do desejo. Aquele se mostra uma ética voltada para a captura de universais científicos e este visa o singular como índice do sujeito para que, com isso, ele possa sustentar seu modo de ser e estar no mundo. Tal discordância tem como consequência grandes embates técnicos e políticos no interior do campo da saúde mental como um todo.

O modelo biomédico toma a nosologia da clínica médica por referência. Trata-se de um sistema classificatório que se mostra bastante eficiente para condições orgânicas comuns, como tuberculose, por exemplo. Nessa circunstância é possível identificar os sinais, como febre recorrente e sintomas, como falta de ar, cansaço, inapetência, por exemplo. É possível, nesse caso, identificar o agente patógeno, as respostas conhecidas do corpo, os sinais e sintomas da doença, e à medida que o quadro se apresenta, é possível sustentar uma confirmação diagnóstica. Ao passo que o mesmo não ocorre na psiquiatria de modo geral e, acentuadamente, na psiquiatria com crianças e adolescentes.

Cabe ressaltar que a nosologia médica não se limita à etiologia já conhecida, mas, no caso da psiquiatria da infância e adolescência, percebe-se o parco conhecimento, ou mesmo o desconhecimento etiológico para a maioria dos casos. E, embora muitas hipóteses etiológicas tenham sido lançadas para condições psiquiátricas infantis, ainda se mostram bastante limitadas em relação aos avanços da clínica médica geral.

Frente a essas dificuldades, a nosologia atualmente aceita em psiquiatria – e psiquiatria de crianças e adolescentes – consiste na descrição de fenômenos comportamentais a partir de uma lista de verificações pautada por ordenadores comportamentais culturais que figuram como paradigma normativo. Na impossibilidade

de nomear tal comportamento como doença, a categoria “transtorno” cumpre essa função de renomear o fenômeno sem a referência patológica, embora haja medicamentos para cada transtorno identificado (PERRING e WELLS, 2014, p. 127).

O primeiro DSM, como já dito, foi desenvolvido com o objetivo de facilitar a comunicação interna do setor psiquiátrico, de tal modo que os descritores de um transtorno fossem universais, favorecendo e viabilizando a pretendida cientificidade de pesquisas psiquiátricas.

Apesar de o Manual ser amplamente usado na atualidade, sua metodologia ainda sofre muitas críticas em função do apelo ao pacto normativo identificado à “evidência científica”. Seus críticos denunciam que esse sistema de classificação não se orienta por achados científicos, ao contrário, os “transtornos”, nomeados a cada nova versão do Manual, são identificados por consenso de especialistas a partir de um processo de teste de campo e, eventualmente, uma votação na Associação Psiquiátrica Americana (APA). O que evidencia a elaboração diagnóstica em psiquiatria como uma construção de caráter moral e normativo e, por consequência, muito distante de uma expressão fisiológica patogênica (PERRING e WELLS, 2014, p. 127).

Tal situação técnica e ética impõe limites ao estatuto do diagnóstico em psiquiatria, tendo em vista não haver nesse setor uma clara relação causal, como a estabelecida em clínica médica geral, por exemplo. Os autores mostram que os “diagnósticos” veiculados nos DSM’s são apenas descrições de afetos, juízo, forma, conteúdo do pensamento etc. As avaliações diagnósticas psiquiátricas, portanto, poderão, no máximo, declarar que as questões apresentadas por um indivíduo “atendem aos critérios” para determinado diagnóstico. Esse limite diagnóstico evidencia que a condição psíquica – ontologia –, está mais próxima à construção e elaboração de ideias subjetivas do que de um agente patógeno.

No entanto, essa questão metodológica não é difundida para a população, que acaba por identificar o diagnóstico psiquiátrico como uma entidade patógena do ser do sujeito, emitindo frases tais como “[João] tem esquizofrenia, tem autismo, tem depressão”, construindo, assim, um ideário identitário em torno dos diagnósticos de crianças/adolescentes. O que é grave na medida em que constrói para esse sujeito um lugar social identitário, como uma nova roupagem da “carreira moral” do doente mental proposta por Goffman (1982[1963]). Esse modelo tradicional, ratificado por exames de imagens, é exportado para o campo psiquiátrico e gera a expectativa da confirmação

diagnóstica através de exames neurológicos, tomografias cerebrais, enfim, uma associação do psíquico ao neurológico.

A nosologia psiquiátrica, podemos afirmar com Perring e Wells (2014), é expressão da matriz cultural e dos valores compartilhados por uma sociedade. O que nos leva a deduzir que a nosologia psiquiátrica não expressa um avanço quando identifica novos transtornos e aumenta sua relação nos diversos DSM's editados e revisados. Ao contrário, eles parecem revelar o repetido esforço contemporâneo em esmiuçar os comportamentos, classificá-los e medicá-los, sem levar em conta a história do sujeito em causa. Isto é, sem pesquisar a função da expressão do afeto por meio de determinado comportamento que o gera.

O transtorno é expressão de sofrimento, resta-nos oferecer ao sujeito meios de identificar sua função. De acordo com Freud, todo sintoma é uma formação de compromisso entre o sujeito e o mundo externo, trazendo sofrimento. Calar o sujeito, aqui, tem ao menos dois efeitos: o encarecimento monetário do processo de tratamento por meio do investimento em medicações, além de inviabilizar que o sujeito identifique, dentro de sua história, os fatores que o levaram a tal transtorno. Desse modo, não incluir na clínica o aspecto dinâmico é, ao mesmo tempo, despolitizá-la e retirar sua capacidade técnica.

Com essas referências, damos sequência ao item sofrimento psíquico sob a ótica do discurso psicanalítico.

2.3.Sofrimento psíquico: Psicanálise

A categoria sofrimento é uma noção de controvertida definição. Apesar do campo da saúde abordar o sofrimento como afeto expresso pelo sujeito, sua ausência de evidências como expressão de condição biológica, psíquica ou social expõe profissionais à difícil questão da validação desse afeto em sua íntima relação com uma psicopatologia.

A verificação de que a origem do sofrimento não se associa apenas ao organismo, mas também ao seu contexto social, faz expandir o foco de intervenção do cuidado em saúde e destacamos a diferença entre tratamento de uma patologia e o cuidado implicado nesse ato. O processo civilizatório implica que cidadãos se cuidem mutuamente, sob o risco de incorrer em barbárie (FREUD, 1929). O cuidado, portanto, é implícito às relações mútuas, não sendo especialidade restrita a categoria profissional específica pois

perpassa diferentes campos discursivos. Ainda assim, o que é sofrimento? Iniciamos a resposta a essa questão retomando a etimologia da palavra sofrimento.

Conforme já dito, a palavra “sofrimento” é um substantivo masculino que significa “ato ou efeito de sofrer; dor física, dor moral”²⁹ (Dicionário Priberian on-line). Já no Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, encontramos a significação do verbo “sofrer”: “suportar, aguentar, padecer” (CUNHA, 1982 [2019], p. 603).

A etimologia originada de um verbo, que exprime sempre uma ação, expressa o sofrer como uma atividade humana. Por consequência, trata-se de uma ação humana no campo do Outro. Isso não é o mesmo que causar sofrimento a alguém, mas o próprio sujeito, com seu sofrer (ato), não só expressa, mas também realiza uma ação. Nesse sentido, o sofrimento é um ato humano, político e autoral. Isto é, a ação de sofrer atualiza um sujeito que não é anônimo e, portanto, não pode ser reduzido ao organismo.

Assim, é possível localizarmos o sofrimento, substantivo, como expressão de um afeto que produz intervenção no campo do Outro. Abordar o sofrimento em sua condição ativa – o verbo, o coloca em posição oposta à condição do sofrimento como experiência de fragilidade psiquiátrica presente nos estados psicopatológicos. Exemplo disso é o movimento reivindicador das Mães da Praça de Maio, que a partir de seu sofrimento originado pelo desaparecimento e morte dos filhos vítimas da ditadura militar Argentina (1976), exigia justiça e reparação pela vida de seus filhos.

Em uma atmosfera repressora, essas mulheres foram para a rua movidas pelo sofrimento atroz da perda de um filho. A legítima posição dessas mães, no entanto, não tardou a ser interpretada como loucura e essas mulheres tiveram seu sofrimento nomeado e rebaixado a uma expressão psicopatológica.

No entanto, a mobilização delas, sujeitos em sofrimento, é tecnicamente incompatível com uma patologia psiquiátrica na medida em que são condições radicalmente opostas. No caso das Mães da Praça de Maio, há um ato implicado de reivindicação legal absolutamente consciente, o que indica que elas estão no laço social. Ao contrário, no caso patológico, trata-se de um sujeito fragilizado, sem condições de se sustentar no laço social em função da ruptura com a realidade, tanto nos casos graves de neurose quanto na psicose (FREUD, 1924). A psicanálise aborda o sofrimento como expressão da angústia do sujeito, que é constitutiva, mas também é resposta do sujeito às circunstâncias da vida que o expõem à descompletude narcísica do Eu (FREUD, 1914).

²⁹ Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/sofrimento>> Acesso em: 29 de maio de 2023.

No capítulo III do premiado texto *Mal-estar na Civilização* (1929), Freud aborda as três fontes do sofrimento humano por ele identificadas, são elas: a relação com a condição orgânica do corpo, que evolui para a morte; os eventos climáticos da natureza, que podem trazer morte e destruição e que, por mais que a civilização evolua, ainda restam incontroláveis; e o sofrimento advindo das relações sociais que podem gerar destruição, abandono, ódio, morte e guerra.

É relevante destacar que Freud separa as duas primeiras fontes de sofrimento – a natureza orgânica do corpo e as condições climáticas, que estão vinculadas ao inevitável da natureza –, da terceira fonte, que advém das relações entre os humanos e que ele interpreta pela via da pulsão de morte (FREUD, 1915) como uma espécie de atração humana pelos estados de ruptura como nas guerras, por exemplo. Tal circunstância está diretamente ligada à ação humana no espaço da cultura e trata-se do modo como as pulsões atuam nas relações intersubjetivas.

Freud avança sobre o tema das pulsões de destruição em *Por que a Guerra* (1932), uma resposta a Albert Einstein pouco antes da Segunda Guerra Mundial. Freud é questionado por Einstein sobre como proteger a humanidade dos horrores da guerra, sua resposta se apoia em “As pulsões e suas vicissitudes” (FREUD, 1915), observando que a violência presente em quase todas as relações é expressão do par pulsão de vida e pulsão de morte. Uma não atua sem a outra, sendo importante observar que ambas são forças mais que antagônicas. Elas possuem a característica de complementariedade e atuam a favor da preservação da vida humana quando observado o equilíbrio libidinal. Isto é, quando a pulsão de destruição atua em conformidade com a pulsão de vida promovendo cortes que atuam a favor do laço social.

Seguindo as trilhas deixadas por Freud, Christian Dunker analisa as formas discursivas de expressão do sofrimento no premiado livro *Mal-estar, sofrimento e sintoma* (2015), tomando as três categorias que dão título ao estudo como base para essa análise: mal-estar, sofrimento e sintoma. O autor redefine essas categorias analisando o modo como o sujeito e o campo do Outro se colocam frente a esses afetos.

Assim, o mal-estar, efeito da indeterminação do sujeito é, por isso mesmo, constitutivo da estrutura psíquica. A experiência de mal-estar liga-se aos momentos iniciais da vida pulsional e está vinculada, portanto, ao circuito da oferta e da demanda e tem seu momento mítico exemplificado pela primeira mamada do bebê, que passa a demandar, através de seu choro, o alívio do mal-estar vivido inicialmente no corpo. O sintoma é definido como uma metáfora construída inconscientemente, ou seja, um modo

de falar sem que o sujeito se coloque em questão, é um ato inconsciente que se repete, pela força pulsional, e pede interpretação.

O sofrimento, conceito pouco trabalhado pela psicanálise, na perspectiva de Dunker, é um afeto que se localiza no intervalo entre o mal-estar e o sintoma. A originalidade de sua pesquisa se faz notar por identificar que o ato de sofrer precisa ser reconhecido pelo Outro para que venha a existir, revelando assim, o caráter coletivo do sofrimento. Assim como foi importante para o bebê o reconhecimento do Outro para humanizar-se e manter-se vivo, também o afeto de sofrimento remonta ao mal-estar inicial e demanda o olhar desejante do Outro, caso contrário, não existirá. Para fins didáticos, Dunker (2015) estrutura o sofrimento em três eixos:

- a) Eixo transativista: o sofrimento se caracteriza pelo contágio. A transmissão de um sofrimento tem o poder de gerar no coletivo social uma identificação, comparação, competição. O transativismo é a capacidade de se reconhecer na experiência do outro, assim como acontece na experiência transativista das crianças.
- b) Eixo da narrativa: o sofrimento tem estrutura de narrativa, pois precisa ser contado ao outro. Esse é um aspecto extremamente importante porque é aqui onde o social, enquanto lugar do código, comparece como matriz das narrativas de sofrimento.
- c) Eixo do reconhecimento: o sofrimento exige ser reconhecido no campo do outro para existir, ganhar consistência, ser tratado. Há aqui uma dimensão política do tratamento do sofrimento, pois ao reconhecê-lo e nomeá-lo torna-se possível uma narrativa e uma hermenêutica, sua interpretação.

O afeto de angústia presentificado em nossos dias por altos índices diagnósticos³⁰ dos ditos, transtornos mentais, com prevalência para a depressão, TDAH, transtornos de personalidade borderline, dentre outros, atualiza o texto freudiano revisitado por Dunker (2015) após quase um século de diferença. Na elaboração do referido texto Freud parte da questão da própria nomeação dessa sensação de difícil nomeação e que se presentifica pelo “incômodo”. A resposta veio de sua editora quem sugeriu “mal-estar”.

³⁰ Disponível em < <https://news.un.org/pt/story/2022/06/1792702> >

A outra unidade de pesquisa do texto vai em direção ao campo social, às relações, a “civilização”. Sua argumentação segue as pistas da função da civilização, como ordenadora das relações humanas. Nesse sentido Freud observa um paradoxo no processo civilizatório, pois ao mesmo tempo em que visa garantir o melhor com o progresso da humanidade também a frustra com os efeitos desse mesmo progresso.

A civilização seria, portanto, uma construção coletiva que torna viável a manutenção da vida fora do domínio restrito ao princípio do prazer, sempre individual. Na civilização é o universal que prevalece em detrimento do sujeito. O mal-estar é a expressão do impossível de ser dito em palavras, ou ainda, é aquilo que está fora do código linguístico. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que clama por nomeação, resiste em ser recoberto pelo signo linguístico. Assim, em “Mal-estar na civilização” temos: de um lado o vazio de significação – mal-estar – e, do outro, temos o código, o campo simbólico – a civilização.

Nesse cenário a civilização comparece como espécie de alegoria discursiva para apresentar em narrativa a condição do sujeito frente ao Outro. No texto “Psicologia das massas e análise do eu” (1921), Freud destacará a constituição coletiva do sujeito psíquico, derrubando a noção mais próxima ao discurso biomédico que compara o psiquismo ao fisiologismo, como se a estrutura psíquica pudesse constituir-se fora do campo do Outro.

Assim, diz Freud: “Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, [...] de maneira que, desde o começo, a psicologia individual [...] é, ao mesmo tempo, também psicologia social” (FREUD, 2020 [1921], p. 91, grifos nossos). O que significa que é sempre pela via pulsional e na relação com o Outro que o sujeito se constitui, produz sintomas, experimenta o mal-estar e sofre.

Dunker (2015) revisita o processo civilizatório no contexto contemporâneo de trocas sociais, considerando as demandas de controle e redução de satisfação pulsional. Nesse esforço teórico, usa a alegoria do condomínio, uma metáfora para as exigências de controle dos objetos da pulsão. O condomínio, visto por esse ângulo, figura como uma espécie de laboratório onde tudo é passível de ser controlado através da gestão burocrática de tal modo a não haver oportunidade para que o imprevisível aconteça. Muito distante da lei que instaura o desejo conferindo subjetividade, nesse “condomínio” há regras que privam a expressão do desejo bem como o reconhecimento do sofrimento. Isto é, essa alegoria aborda uma espécie de apagamento do sujeito desejante pela via do controle.

Os três eixos – mal-estar, sofrimento e sintoma – articulados de modo a apontar a relação do sujeito com o campo do Outro, podem ser respectivamente identificados aos discursos psicanalítico, linguístico e político. Essa associação indica a relação do sofrimento e sua expressão com a construção cultural, na medida em que é no cenário das relações humanas que o sujeito sofre, deseja e demanda.

Avançando a elaboração sobre a noção psicanalítica de sofrimento, ele se manifesta junto ao sintoma psíquico como forma de expressar o mal-estar. Esse processo intrínseco ao psiquismo é definido como uma “apropriação subjetiva através da qual o mal-estar é singularizado” (DUNKER, 2004, p.96), tornando-se, então, demanda ao Outro. Essa expressão singular veicula o mais radical e igual ao próprio sujeito, ou seja, seu estilo. Que é produto do encontro entre o sujeito do inconsciente e a construção coletiva de subjetividades. Nas palavras de Dunker, o estilo é o “produto dialético entre as formas particulares de um gênero com as disposições universais da linguagem” (2004, p. 96).

O sofrimento psíquico veicula, portanto, a forma singular com que o sujeito expressa seu afeto de dor psíquica. Assim, o universal da falta e da finitude que caracterizam o sujeito da psicanálise se dialetiza com o particular representado pela história de um grupo e pelas consequências próprias de um determinado sistema simbólico no qual o sujeito se constitui, o que terá como efeito a moldura da estética do sofrimento humano (DUNKER, 2004, p. 96).

Portanto, a elaboração de um catálogo dos modos de expressão da singularidade se mostra frágil e estéril do ponto de vista clínico psicanalítico. No entanto, a própria proposta desse tipo de instrumento concorre para construções de subjetividades produzindo efeitos de sujeito, com expressões de sofrimento que são verdadeiras soluções de compromisso com os discursos que o atravessam. Isto é: “O problema da singularidade do sofrimento psíquico só pode ser apropriadamente enfrentado se levarmos em conta as políticas do gozo³¹, no qual os discursos produzem e reproduzem subjetividade” (DUNKER, 2004, p. 93).

O que o autor trata como políticas de gozo é a nomeação da expressão da subjetividade dentro de um código moral, o qual na contemporaneidade é marcado pela

³¹ De acordo com o *Dicionário de Psicanálise* (CHEMAMA, 2002, p. 90): “Esse termo se distingue, pois, de seu emprego comum, que confunde o gozo com as diversas vicissitudes do prazer. O gozo refere-se ao desejo inconsciente; isso mostra o quanto essa noção ultrapassa qualquer consideração sobre os afetos, emoções e sentimentos, e coloca a questão de uma relação com o objeto que passa pelos significantes do inconsciente.”

universalização do sujeito, proposta técnica e conceitual incompatível com a ética da psiquiatria clássica, discurso do qual a psicanálise se vê mais próxima.

O esforço pela nomeação e universalização das formas de sofrimento psíquico, segundo referências que visam a conservação da normatividade, é um traço dos discursos contemporâneos. Para tanto, tais discursos apoiam-se na exclusão da subjetividade em nome da identificação do afeto na realidade do corpo biológico em oposição ao corpo pulsional da psicanálise. Esse empenho normativo se faz notar pela estrutura de nomeação que se reproduz em paralelo à assimilação do discurso capitalista que faz par com a política neoliberal. O sofrimento psíquico, portanto, no contexto capitalista, torna-se mais um dos objetos do mercado capital (DUNKER; SAFATLE; SILVA Jr, 2021).

E, nessa lógica empresarial e de mercado, o sofrimento psíquico ganha valor e pode ser um grande negócio para aqueles que se propõem extingui-lo. Surgem assim, além de medicamentos, também uma legião de novas “terapêuticas” sem qualquer fundamentação epistemológica.

No caso da infância e juventude, a universalização das formas de sofrimento através da descrição de comportamentos fez ampliar a demanda a medicações e terapias de reabilitação – terapia ocupacional, fonoterapia, psicologia cognitivista etc. Uma seara de categorias profissionais distintas que, cooptadas pela lógica neoliberal, apostam em efeitos de sujeito em favor do Outro. E, portanto, conduzindo o sujeito a uma posição de aprisionamento à demanda do Outro, produção radicalmente oposto à ética psicanalítica. Essa visa a autonomia do sujeito em relação ao campo Outro, de modo a participar das construções coletivas da cultura como autor de sua história e não um mero autômato a replicar uma certa moral social normativa.

A infância e a juventude geridas através da normatização do gozo experimentam, de modo radical, a falta a ser, ausência do estilo próprio, isto é, seu “jeito próprio de ser”. Restam o vazio, a angústia, a depressão.... Os frágeis recursos de linguagem presentes na infância e juventude e as inalcançáveis exigências ideais contemporâneas, favorecem a passagem ao ato em forma de demanda ao Outro. O que é verificável pelo aumento de ocorrências de transtornos mentais entre crianças e jovens³².

Consideramos que a atual política do gozo visa universalizar as formas de experimentação dos afetos, aprisionando-os a um formato pré-estabelecido para um fim produtivo nas relações de trabalho, nos estudos, na vida fraterna e amorosa, já que sob a

³² Disponível em: < <https://news.un.org/pt/story/2019/11/1693471> >

ótica da norma, tudo parece estar atravessado pela condição da “produtividade”. Qual seria, então, a estratégia da psicanálise frente a atual política de gozo? Isto é, qual a atual modalidade de satisfação pulsional do sintoma psíquico?

A técnica da psicanálise é orientada pela retificação subjetiva, diferentemente das práticas de cura baseadas na substituição de universos simbólicos que almejam um ideal universal. Isto é, a substituição de discursos que se mostram ineficazes por outros que prometem cura. O sujeito do desejo, psicanalítico, seja criança, adolescente ou adulto, é atravessado pelo campo simbólico que o constitui e que é, simultaneamente, território de sua história. Essa experiência só o próprio sujeito pode ressignificar, através da linguagem, tornando possível a ele se reposicionar libidinalmente frente ao Outro.

Dunker responde a essa questão conforme segue: “No que toca o tipo clínico, esta estratégia passa pelo questionamento e transformação da gramática que comanda a ‘forma de vida’ na qual se incluem os modos de apresentação do sofrimento, mas também o gozo que nele se articula” (2004, p.98).

Podemos supor que as práticas de cura por substituição simbólica, por sua vez, alteram apenas a semântica desta forma de viver, sofrer, amar, estar nas relações com o Outro, deixando, no entanto, a gramática dessas relações intacta. Uma das consequências do método de cura por substituição do campo simbólico – medicação, esporte, reabilitação, coach, terapias diversas – é a desesperança no método e enrijecimento das condicionantes do próprio sofrimento, tendo em vista que exclui o sujeito do processo de encontro com sua verdade quanto ao seu sofrimento.

A psicanalista Miriam Debieux Rosa (2018) associa a noção de “investimento” libidinal à construção tanto da subjetividade quanto das modalidades de sofrimento na infância e juventude, o que se associa a um dos eixos de condições do sofrimento apresentados por Dunker: seu reconhecimento. No entanto, em termos sociopolíticos, verificamos o sofrimento como noção ausente das representações sociais sobre a infância e juventude, o que sugere ainda insistir nas narrativas socioculturais um resto de negação da infância, do ponto de vista do “sentimento de infância”, ao não reconhecer um afeto tão próprio ao humano como o sofrimento.

Mais grave ainda, como se a criança e o adolescente estivessem fora do campo da humanidade – representada pela adultice – e, enquanto aguardam a chegada da vida adulta, são cumulados de conteúdos tidos como importantes para a construção da sociedade. A cada momento, porém, as instituições sociais apresentam diferentes

demandas que são, por outro lado, exigências de modulação da satisfação e do gozo (LACAN, 1959-1960 [1988]).

Parece, portanto, não haver lugar nas narrativas culturais contemporâneas para o reconhecimento de afetos legítimos e modos de sofrer no tempo da infância e adolescência. O mal-estar, afeto identificado por Freud (1929) como constitutivo do humano, comparece nos discursos técnico e popular contemporâneos como referidos às categorias do “normal” e do “patológico”, sendo, portanto, vinculado ao que deve ser curado. No caso da criança e do adolescente, a questão da representação social do sofrimento se complexifica, uma vez que a própria ideia de um afeto vizinho à angústia – como é o caso do sofrimento – parece desalojada do imaginário social sobre a infância, prioritariamente.

O cenário social e político é elemento imprescindível para o campo da atenção psicossocial e Rosa (2018) o destaca considerando infâncias atravessadas por contextos de vulnerabilidade social. A autora identifica métodos institucionais de “controle social” alicerçados por discursos médicos, judiciários e pedagógicos, tendentes a camuflar tanto os conflitos sociais quanto o mal-estar advindos do encontro com a realidade.

A situação se agrava no contexto das populações socialmente vulneráveis, tendo em vista sua exposição à ruptura de garantias de direitos previstos na Constituição Brasileira e reiterados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990). Esse é o caso de sujeitos com diagnósticos psiquiátricos graves, mas, também, de sujeitos vulnerabilizados por sua condição cidadã invisibilizada: moradores de periferias, negros, pessoas do sexo feminino, LGBTQIAP+³³, deficientes físicos e intelectuais. Enfim, toda sorte de cidadãos externos às qualidades ideais consideradas produtivas pelo ideário neoliberal. No caso da infância e adolescência, para além do contexto social, acrescentamos a condição de pessoa em desenvolvimento como vulnerável, por definição (ECA, 1990).

A adaptação da expressão dos afetos às instituições sociais se mostra um importante valor simbólico atual e a instituição de educação é um importante exemplo de discurso institucional no qual a infância e a adolescência são demandas a um modo adaptado de se relacionar. Para Rosa (2018) a sociedade responde à expressão subjetiva, quando reconhecida como externa ao padrão vigente, através de estratégias discursivas

³³ A sigla LGBTQIAP+ designa respectivamente: lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais e + as demais orientações sexuais e de gênero. Disponível em: < <https://www.trt4.jus.br/portais/trt4/modulos/noticias/465934> > Acesso em: 30 de jun. de 2023.

refinadas para silenciar o afeto e, no limite, “ao silenciar o sujeito e apagar seu discurso, também transformam o sujeito político em indivíduo perigoso” (p. 87).

Com essas considerações, destacamos caber à psicanálise no campo das políticas públicas, sustentar e esclarecer os aspectos do sujeito do inconsciente no plano político das relações sociais (ROSA, 2018, p. 88). Tal elaboração alcança a dimensão de clínica implicada e ampliada ao incluir em sua técnica a escuta aos processos sociopolíticos. O que exige esclarecimentos da clínica psicanalítica em intensão e em extensão.

Na ata de Fundação da Escola Freudiana de Paris, 1965, Lacan estabeleceu a distinção entre psicanálise em intensão e em extensão. A primeira, é expressão da psicanálise “pura”, a última, trata-se da práxis da psicanálise composta pela articulação entre a psicanálise e suas conexões: arte, educação, saúde, justiça, entre outras.

A psicanálise tem clareza da diversidade de fenômenos sociais com os quais estabelece conexões quando atua no campo das políticas públicas. Freud (1937) indica sua posição ético-política ao abordar o impossível das modalidades do laço social: governar, educar, analisar. Atividades consideradas como impossíveis para Freud, na medida em que o inconsciente denuncia sua presença através de uma espécie de resto irreduzível à simbolização, posto que reiteram o Real lacaniano. Resto, esse que também revela a resistência psíquica a tais práticas.

Há, para Freud, em sua concepção de sociedade e de sujeito, “uma dimensão de incompletude que limita a possibilidade de dominar, de escravizar, ou normatizar e adaptar-se plenamente a ideias ou a modelos sociais. Essa é a radicalidade com que a dimensão inconsciente subverte o laço social e sua política ao incluir a dimensão ética” (ROSA, 2018, p. 91).

Rosa localiza a posição subjetiva que supõe o deslocamento do gozo – administrado politicamente e mortífero para o desejo – ao desejo, como modalidade de resistência. Isto é, uma práxis caracterizada pelo resgate da experiência compartilhada no mundo, onde os processos coletivos e a reabilitação do espaço público tornem possível a construção de projetos comuns orientados por um desejo autoral.

Se o mal-estar é constitutivo do sujeito, para Rosa esse afeto é ainda índice da necessária repactuação permanente das relações sociais. Em suas palavras: “Tomar o campo social como cena é um método que permite incluir na análise dos laços sociais a fantasia e o gozo.” (ROSA, 2016, p. 92).

Tanto Dunker quanto Rosa, orientados pela teoria e clínica psicanalíticas, reconhecem nos discursos contemporâneos o convite ao apagamento do sujeito desejante

por meio da universalização das modalidades de gozo. Ambos exploram o campo social como espaço onde o sujeito estabelece conexões, sendo, portanto, forjado pelo discurso e atuando na cultura. Reconhecer o sofrimento particular, apesar das descrições universalizantes, neste cenário, é um ato de resistência no qual o sujeito se reconhece para além de mero instrumento a cumprir demandas institucionais.

Diversamente da tradição que naturaliza a expressão dos afetos humanos reduzindo-os ao particular e paradoxalmente universal, acompanharemos na sessão seguinte, considerações sobre a gestão do sofrimento psíquico infantojuvenil.

3. GESTÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

Neste capítulo nos orientaremos pelos estudos de Michel Foucault e Pierre Bourdieu quanto aos processos discursivos de construção da gestão em saúde, tanto no nível micro quanto no macropolítico. Articulamos essa perspectiva ao campo da saúde mental infantojuvenil, nosso território de investigação, que se mostra constituído por linhas de forças intra e intersetoriais que impactam nos modos de operar o cuidado e gerir o sofrimento.

Nesta discussão, daremos especial atenção ao conceito de “gestão” articulado à “infância” no campo institucional da gestão pública de populações. Para tanto, recorreremos aos estudos foucaultianos sobre os conceitos de biopoder, biopolítica e governamentalidade (1976), articulados aos conceitos bourdieusianos de *habitus*, campo e capital, e à noção de “risco” sob a ótica de Robert Castel (1981).

Ao final apresentamos dois casos clínicos clássicos e tratados sob diferentes óticas. O primeiro, o caso Vitor, conhecido como “selvagem de Aveyron” remonta ao início da clínica psiquiátrica com crianças no século XIX, quando o médico-pedagogo Jean Itard apostou na possibilidade de curar a criança por via pedagógica. Já o segundo, o caso Roberto, datado da primeira metade do século XX, foi atendido pela psicanalista de orientação laciana Rosine Leffort. Como tal, essa clínica se faz notar pela escuta à criança reconhecida em sua subjetividade.

Articulando os aspectos clínicos aos políticos, acompanharemos a seguir a abordagem à gestão de populações através dos conceitos foucaultianos de biopolítica e biopoder.

3.1 O governo da vida

Conforme afirma Nespoli no artigo “Biopolíticas da participação na saúde: o SUS e o governo das populações” (2014):

Na modulação disciplinar, o espaço e o tempo são forças produtivas que operam por meio do controle das operações do corpo. [...] Uma forma de exercício de poder que procede, primeiramente, distribuindo os corpos no espaço, encarcerando-os nas fábricas, conventos, prisões, escolas, hospitais, exércitos. (p.63)

O mesmo pode se repetir em qualquer instituição que se renda à pressão do poder biopolítico, repetindo, assim, a lógica da série disciplinar destacada por Goffman, no

livro *Manicômios, prisões e conventos* (1961), onde o autor aborda as formas institucionais totais. Isto é, lugares onde não há espaço para as expressões humanas singulares.

O conceito de “biopolítica” foi abordado pela primeira vez por Michel Foucault na conferência "O nascimento da medicina social" (1979), proferida no Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). Nesse momento, o Brasil ainda vivia sob ditadura militar e fervilhava em movimentos sociais em prol da reabertura política, o que só ocorreu em 1985. Sua conferência abordou a relação entre o indivíduo e a sociedade, observando os efeitos discursivos dessa relação na construção do corpo como instrumento político de poder. Sua elaboração teórica localiza o objeto corpo suporte da vida como estratégia de governo de populações (FOUCAULT, 1979):

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (p. 80)

Em *O nascimento da biopolítica*, curso realizado no Collège de France (1978-1979), Foucault afirma que é a partir da população, transformada em objeto de gestão, que a biopolítica se alça à condição de estratégia de poder e, portanto, de governo. Diz o autor sobre a biopolítica:

(...) eu entendia por isso [biopolítica] a maneira como se procurou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas postos à prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças... (FOUCAULT, 1978-1979, p. 431).

Anteriormente, em *História da sexualidade I: a vontade de saber* (1976), Foucault já considerava que o poder sobre a vida se desenvolvesse de modo articulado pela disciplina dos corpos e pelo governo de populações através da biopolítica. O poder disciplinar, iniciado no século XVII, mostrou-se uma tecnologia voltada para o ordenamento de corpos individuais, transformando-os numa espécie de “máquina por meio do adestramento, da extração das forças, do aumento paralelo da utilidade e da docilidade” (p. 58). Assim, podemos depreender que, se o poder disciplinar e a biopolítica estão na base da gestão de populações, o biopoder tornou-se instrumento de governo tanto da vida “bios” quanto da vida como experiência relacional.

Quanto aos modos de produção, o biopoder contribui para a sustentação da economia capitalista, tendo em vista que é por meio dos corpos da população – tomados como máquinas ou mero instrumento de força de trabalho – que o poder exerce sua função em prol da produção, unindo “um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos” (FOUCAULT, 1976 [1988], p. 132).

Ao articular as noções de indivíduo, multidão, corpo e capitalismo, Foucault localizou a emergência da biopolítica no século XIX como outra forma de exercício de poder. Dessa vez, não restrito ao indivíduo, mas à espécie humana. Desse modo, a biopolítica opera seu controle sobretudo nos fenômenos coletivos da vida comum, isto é, seu discurso e prática constroem mecanismos de regulamentação para fixar modos de ser e estar no mundo com vistas a “otimizar um estado de vida” (Nespoli, 2014, p. 65). Nas palavras de Foucault, “Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas o que eu chamaria de uma “biopolítica” da espécie humana” (2000, p. 289).

A biopolítica, com efeito, caracteriza-se pelo exercício do poder vinculado ao saber científico sobre a vida. Com essa identificação, no século XIX o saber médico foi incorporado às técnicas de governo da vida através da medicina de Estado, revelando o interesse na regulamentação sobre os corpos da espécie humana, veículo do poder disciplinar.

Porém, não apenas a medicina de Estado mas também o discurso jurídico, através dos operadores da lei, desempenham papel fundamental na regulamentação dos corpos (FOUCAULT, 1973). Nesse horizonte, o corpo comparece em cena como objeto do poder do Estado, o qual, no limite, decide quem vive e quem morre numa sociedade. Nas palavras de Foucault:

Eu creio que, justamente, uma das mais maciças transformações do direito político do século XIX consistiu, não digo exatamente em substituir, mas em completar esse velho direito de soberania – fazer morrer ou deixar viver – com outro direito novo, que não vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: poder de “fazer” viver e de “deixar” morrer. (FOUCAULT, 2000, p. 287)

Para além da lei, Foucault identifica que, nas sociedades modernas, o poder é exercido através da norma, prescindindo da lei. O conceito de normalização diz respeito ao “processo de regulação da vida dos indivíduos e das populações” (CASTRO, 2016, p. 309). Nesse cenário, é a ideia de norma que articulará o individual à população,

estabelecendo assim os limites do que está dentro ou fora do proposto pela arte de governar. O poder normativo, assim, opera uma amarração discursiva e cúmplice da ordenação da diferença e do diferente. Isto é, daquilo que está localizado no exterior do conjunto do que interessa aos sistemas de produção do capital.

Em uma sociedade disciplinar, a normalização tem a função de decompor e classificar os indivíduos em aptos e não aptos, e em normal e anormal (FOUCAULT, 1977-1978 [2008], p.75). Com essa referência, embora a normalização não coincida com o sistema legal, há uma relação entre a norma e a lei, pois ambas articulam um conjunto de procedimentos que objetivam produzir e estabelecer “o normal”.

No que diz respeito à segurança, no entanto, a normalização opera a partir das noções de acaso, risco, perigo e crise. Essas nasceram a partir do enfrentamento à varíola nos séculos XVIII e XIX, quando já se dispunha de técnicas de inoculação (1720), de vacinação (1800), e de instrumentos estatísticos de registro. Essa tecnologia tornou possível a ressignificação da doença, o que orientou “uma distribuição de casos numa população que será circunscrita no tempo e no espaço” (Foucault, 2008b, p. 79 apud NESPOLI, 2014, p. 66). Tais noções se expandiram para os domínios da psiquiatria inspirada por Pinel.

Ainda no curso “Segurança, território e população” (1977-1978 [2008]), Foucault aborda o tema da “norma” e das tecnologias de segurança associadas à emergência de uma nova tecnologia de poder. É possível inferirmos, por consequência, que o governo da vida nas sociedades modernas é veiculado por dispositivos de segurança instituídos pelo ordenamento jurídico e instrumentalizados pelas tecnologias de normalização. Essas se encontram na base do biopoder e da biopolítica, estratégias de poder que se comportam como tecnologias de governo para a gestão de riscos presidida pelo Estado.

Podemos concluir do exposto que uma sociedade disciplinar é efeito do investimento nas tecnologias de poder sobre a vida em seus diversos aspectos e instituições que constituem o corpo social. O biopoder incide não apenas no corpo próprio pela disciplina, mas também na família, escola, trabalho, religião, casamento etc. Constituí, desse modo, um discurso de ordenamento do corpo social através da gestão tanto macro quanto micropolítica.

Em *O novo conhecimento da vida*, George Canguilhem (1968, p.335), um dos mais influentes professores de Foucault, distingue duas formas gramaticais para diferenciar os dois significados da palavra “vida”: “Por vida pode-se ouvir o presente ou o participio passado do verbo viver - o vivente e o vivido, que correspondem

respectivamente à ‘organização universal da matéria’ e ‘à experiência dos seres humanos individuais’”. Neste contexto, Fassin (2009) considera que a política não é apenas um “jogo da arte de governar”, mas se ocupa das “questões em jogo nas práticas de governo”, ou seja, que o exercício de governar importa para a prática da governamentalidade. Quanto à “biopolítica” na contemporaneidade, não se trata meramente de uma política de população, mas de vida e, mais especificamente, das desigualdades da vida que Fassin chama de “bio-desigualdade” (FASSIN, 2009, p. 49).

A biolegitimidade fundamenta o que Adriana Petryna (2002 apud FASSIN, 2009) chama de “cidadania biológica”. Isto é, quando através da doença o indivíduo alcança uma condição social cidadã e pode demandar seus direitos e tê-los reconhecidos. Assim, ao abordar a questão da vida em termos de “biolegitimidade”, Petryna dá mais ênfase à construção de significados e valores de vida do que ao exercício de forças e estratégias de controle.

Por consequência, considerar a política para além da governamentalidade consiste em priorizar o modo como os seres humanos e suas vidas são tratados e avaliados para além das tecnologias de governo. Nesse cenário, retomamos a questão do risco como um dos importantes aspectos da “arte de governar” e cabe a questão: “Quem vive e em nome do quê?” (FASSIN, 2009, p. 54), e por extensão: “Quem sofre, como sofre, qual o estatuto desse sofrimento?”

Podemos, por ora, concluir que a biopolítica produz iniquidades, que a governamentalidade guarda discrepâncias quanto à qualidade da vida e longevidade da população e que a subjetividade é tomada de diferentes modos em função do lugar social ocupado pelo cidadão. A seguir abordaremos com mais detalhes o tema da governamentalidade.

3.2. Governamentalidade

Em *Segurança, território, população* (1977-1978), Foucault avança em suas formulações e cunha o conceito de “governamentalidade” que significa, em suas palavras:

Por esta palavra, “governamentalidade”, entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência,

a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado”. (Foucault, 1977-1978/2008, p. 143-144)

No século XVIII, para além do descobrimento do corpo-indivíduo (disciplina) adestrável, há um outro núcleo tecnológico de poder: o corpo-população (segurança). População designa um conjunto de viventes com fenômenos e problemas próprios, como saúde, mortalidade, natalidade, longevidade, raça etc. Tudo isso implica práticas governamentais perpassadas por mecanismos de previsão, de estimativa estatística, de noções globais (FOUCAULT, 1999 apud ALMEIDA e SAMPAIO, 2021, p. 81).

O governo, portanto, está articulado às práticas de poder. Estas não se localizam em uma pessoa, mas se disseminam na trama do tecido social, nas relações entre indivíduos dentro e fora do campo reconhecidamente institucional (FOUCAULT, 2017). Tal caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra seu exercício não acontecem a partir de um lugar exterior ao seu campo de ação (MACHADO, 2017, p. XVIII apud ALMEIDA; SAMPAIO, 2021). Nesse sentido, o corpo – o tomaremos como unidade mínima de existência – comparece na cena institucional como objeto de saber e poder através de práticas não mais manicomialis, mas que ainda guardam o caráter mortífero de apagamento do ser do sujeito que sofre.

Observamos nos conceitos de biopoder e de *habitus*, elaborados respectivamente por Foucault e Bourdieu, uma articulação possível. Verificamos o *modus operandi* de praticar o governo da vida – através do corpo, do indivíduo e de populações – servir-se do *habitus* em seu exercício de poder, por tratar-se de uma identificação do indivíduo com os valores de sua classe social. Para Bourdieu, o *habitus* consiste numa: “‘estrutura’ ordenada sistematicamente, e não aleatória ou sem nenhum padrão. Essa ‘estrutura’ é composta de sistemas de disposições que geram percepções, apreciações e práticas” (BOURDIEU, 2009, p. 87 [1980, p. 88-89] apud MATON, K. In: GRENFELL, 2018, p. 81).

No entanto, o *habitus* não age sozinho, articula-se às noções de campo e de capital. O campo é o espaço social onde as relações humanas acontecem. Tem caráter dinâmico, o que indica a fluidez e a exigência de investimento libidinal para que o sujeito acumule capital simbólico – “que pode ser tanto o processo num campo quanto o produto

dele” (THOMSON, P. In. GRENFELL, 2018, p. 95). Um campo social é o cenário onde se atualizam o *habitus* e o capital simbólico de cada um e da coletividade.

O capital, conceito que faz alusão à teoria econômica marxista, avança quanto à importância solitária do capital financeiro no campo social. Bourdieu observa que há outras formas de encontrar valoração dentro de um campo que não o capital econômico e destaca os capitais: político, social, cultural.

Sua leitura da sociedade, estruturada e praticada a partir de relações simbólicas, tem influência freudiana e toca o mundo da criança tendo em vista seu importante pesquisa sobre a educação, espaço social onde pode ser identificada significativa violência simbólica. O *habitus* é, portanto, o aspecto subjetivo de capitais sociais compartilhados dentro de um campo (MATON, K. In: GRENFELL, 2018, p. 79). De tal modo que, em paralelo, o *habitus* representa um pacto cultural que reitera e reproduz os discursos dominantes de uma sociedade. Isto é, sem se dar conta, o sujeito repete a violência simbólica da qual ele mesmo é vítima.

Neste ponto, articulamos Bourdieu e Foucault quanto à gestão do campo social. Se Bourdieu lança luz sobre os aspectos subjetivos presentes na manutenção da micro e macropolítica do poder, Foucault identifica as categorias discursivas mestres da manutenção do governo de pessoas: saber e poder. O saber se articula com a verdade e, do ponto de vista do poder, a disciplina dos corpos permite pensar como funcionam algumas instituições modernas como a escola, o quartel, a fábrica, o hospital (ALMEIDA e SAMPAIO, 2021, p. 81).

Este biopoder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Mas, o capitalismo exigiu mais do que isso; foi-lhe necessário o crescimento tanto de seu esforço quanto de sua utilizabilidade e sua docilidade; foram-lhe necessários métodos de poder capazes de majorarem as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isso torná-las mais difíceis de sujeitar; [...] o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos com a expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte, tornados possíveis pelo exercício do biopoder com suas formas e processos múltiplos. O investimento do corpo vivo, a sua valorização e a gestão distributiva das suas forças foram neste momento, indispensáveis (FOUCAULT, 1988, p. 153).

O conceito de governamentalidade nos parece associar-se à noção de risco. Se o governo da vida aponta para a vida-bio, o risco aponta para o domínio do simbólico nas construções coletivas. No campo da infância, a noção de risco ganha especial destaque ao vincular-se à noção de prevenção. Isto é, a criança como indivíduo em desenvolvimento

se torna objeto privilegiado para as técnicas preventivistas. Prática comum na relação institucional com crianças e adolescentes, conforme acompanharemos a seguir.

3.3. Gestão de Riscos e saúde mental

O tempo da infância e adolescência, como um tempo de cuidado, entra no discurso e na prática psiquiátricas através da orientação ao controle de risco e prevenção. Deste lugar de tutelados, crianças e adolescentes tendem a ser identificados pelo campo gestor (educação, justiça, saúde) como população em risco ou que gera risco ao campo do Outro.

A palavra “risco”, de acordo com Spink (2001 apud Martinhago e ROMANÍ, 2019, p.59), pretende apresentar um evento futuro e que tem por característica a impossibilidade de ser controlado. O que, para a ciência moderna, o aproxima da indicação ao controle, à coibição.

O conceito de risco envolve, ainda, a estatística – vocábulo que inclusive está na raiz da palavra “estado”. Seu uso, a partir da Revolução Industrial, como ciência de Estado é norteador do exercício do governo e foi utilizado pela primeira vez no campo da ciência sanitária durante o século XIX quando o risco se caracterizou como “um evento perigoso no campo da saúde pública” (CAPONI, 2007, 2012 apud MARTINHAGO; ROMANÍ, 2019, p.59).

Apesar disso, a formalização do discurso e técnica do risco só aconteceram na primeira metade do século XX, quando a gestão do risco concretizou-se como um campo de saber ao qual se articulam o cálculo de probabilidades e a função política da estatística. O que gerou, com efeito, modelos de análises de risco (SPINK, 2001 apud MARTINHAGO; ROMANÍ, 2019, p.59).

Robert Castel (1981) define o conceito de risco como a “presença de um ou de uma associação de critérios, uns de ordem médica, outros de ordem social. É assim que uma malformação, o mau estado de saúde da mãe, abortos anteriores, etc., representam fatores de risco.” (p. 114). A prevenção é apresentada como espécie de remédio contra o risco no campo médico e irá transformar o curso da psiquiatria com crianças, tanto no âmbito terapêutico quanto no disciplinar, de modo a rastrear os riscos, conforme a intenção do setor educação.

Um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou grupo de indivíduos, mas da colocação em relação a dados gerais impessoais ou fatores (de riscos) que tornam mais ou menos provável o

aparecimento de comportamentos indesejáveis. [...] Assim, prevenir é primeiro vigiar, quer dizer, se colocar em posição de antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis (doenças, anomalias, comportamentos de desvio, atos de delinquência etc.) no seio de populações estatísticas, assinaladas como portadoras de riscos. (CASTEL, 1981, 125-26)

No contexto do “risco” cabem desde acometimentos orgânicos até questões sociais e jurídicas. No entanto, há uma mudança na administração e vigilância de riscos desde o panóptico³⁴ (FOUCAULT, 1975) até a prática disciplinar, não sendo mais necessário que a pessoa a ser “vigiada” seja acessada pelo olhar do observador. Os contemporâneos dados planilhados localizam situações de risco e, portanto, indicam a prevenção. Não há “sujeito, escuta, demanda, caso a caso”, conceitos e noções caras à sustentação da clínica da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Na condição de população não há espaço para o singular da clínica e o sujeito torna-se opaco frente às interferências de diferentes discursos internos ao campo gestor (CASTEL, 1981; ONOCKO CAMPOS, 2014).

A ideia da gestão de populações articula-se ao tema do “risco” na medida em que ele revela uma ameaça para a administração. Essa realidade projetada é fabricada por um tipo de conhecimento produzido por cálculos estatísticos e impessoais que visam identificar a probabilidade de ocorrências de eventos indesejáveis. Na intersecção dos conceitos “gestão” e “risco”, destaca-se o modo como um governo pode se instrumentalizar por meio de uma noção que comporta em si um valor moral; isto é, o conceito de risco se revela uma estratégia biopolítica de controle social de populações (MARTINHAGO; ROMANÍ, 2019, p. 57). Deste modo, por seu caráter projetivo, alguns teóricos consideram a noção de “risco” como uma produção mental, isto é “uma construção mental, uma abstração de observador, um modelo relacional de variáveis” (MITJAVILA, 2011, p.80 apud MARTINHAGO; ROMANÍ, 2019, p.60). Como formação discursiva preventivista, o risco comporta-se como um dispositivo³⁵ ao inserir-se nas tecnologias de poder através do saber.

Importante destacar as duas racionalidades que englobam a concepção de risco: probabilidade e perigo. O primeiro caso é uma construção mental, o segundo, uma ameaça real (MARTINHAGO; ROMANÍ, 2019, p.60). No campo do que localizamos

³⁴ Tipo de penitenciária idealizada pelo jurista Jeremy Bentham, no século XVIII. Nela, um vigilante pode observar todos os prisioneiros através de uma torre central.

³⁵ De acordo com o *Vocabulário de Foucault*: “1) O dispositivo é a rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos heterogêneos: discursos, instituições, arquitetura, regimentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito. 2) O dispositivo estabelece a natureza do nexos que pode existir entre elementos heterogêneos.” (CASTRO, 2016, p. 124).

como sujeito em sofrimento, o risco ganha lugar vago se considerarmos apenas o indivíduo a-histórico. É nesse momento que a força das formações discursivas ganha destaque e é nesse campo possível de enfrentamento que as tecnologias de poder ficam ainda mais acentuadas quando revestidas pelo saber reconhecido pelo *ethos*-contemporâneo. Isto é, o arcabouço teórico da psiquiatria pautado na medicalização da vida.

Para Sepúlveda Galeas (2010 apud MARTINHAGO; ROMANÍ, 2019, p.62), atualmente, na considerada “era da governamentalidade”, as questões de risco compõem um campo de saber/poder no qual as tecnologias de governo e seus dispositivos de controle visam a regulação social. Assim, na micropolítica das relações contemporâneas, observa-se que o controle social tornou-se um conjunto de controles especializados e explícitos, sendo possível identificar duas formas de controle social: o formal e o informal.

O primeiro caso, o formal, caracteriza-se por ser especializado e produzido por profissionais que atuam em instituições do Estado. E apesar dessa categoria de controle social ser anterior à modernidade, “tornou-se um marco na contemporaneidade, tendo como destaque a sua justificativa ideológica embasada na sua racionalidade burocrática para prevenir situações futuras, assim como a criação de realidades, como por exemplo, a de bem-estar.” (MARTINHAGO; ROMANÍ, 2019, p. 63). Já o controle social informal caracteriza-se por relações cotidianas, entre pares, onde a pressão da tecnologia disciplinar comparece de modo menos perceptível nos processos de socialização primária.

Romaní (2013b apud MARTINHAGO; ROMANÍ, 2019, p.63) considera que a concepção de governamentalidade de Foucault é constituída por técnicas sociopolíticas, direcionadas para construir subjetividades, demarcadas desde o consumismo até as técnicas “psi” e da indústria da autoajuda. Em nossa interpretação, há uma prática de consumo, própria ao modelo econômico neoliberal, que se atualiza até mesmo no próprio modo do indivíduo se constituir como autônomo nas trocas sociais.

Articulando a lógica do governo de populações, mediado pelo risco e utilizando a biopolítica como tecnologia, chegamos à gestão da infância na qual cirunscrevemos o afeto de sofrimento sob a égide da violência simbólica. O ordenamento jurídico das políticas públicas dirigidas à infância lhe garante o cuidado em situações de agravos de ordem biológica, psíquica e/ ou social. Nesse contexto, o campo da Educação tem

destaque como tecnologia de governo da infância por se notabilizar como primeira instituição de inclusão social externa à família.

Governar a infância significa “educar as crianças, moldar-lhes a alma que é, ao mesmo tempo, efeito e instrumento de anatomopolítica dos e sobre os corpos infantis” (VEIGA-NETO, 2015 apud MARTINHAGO; ROMANÍ, 2019, p. 64). É o que Bourdieu identifica como violência simbólica. Nesse sentido, não basta saber como crianças estão sendo governadas, mas qual a função desse governo, “para que caminho as crianças estão sendo conduzidas, isto é, qual sociedade teremos no futuro” (VEIGA-NETO, 2015 apud MARTINHAGO; ROMANÍ, 2019, p.65).

O corpo disciplinado, portanto, é objeto de um *ethos* e expressa a repetição de agenciamentos que objetivam “normalizar o comportamento” da criança com vistas a modelar o adulto que ela se tornará. Consideramos que esse seja um dos modos de formação discursiva que se desdobram em tecnologias de governo da infância. Desse modo, tal discurso, quando transformado em prática, tem início através do poder disciplinar e se expande através das técnicas de governamentalidade. Respectivamente, tem origem na disciplina da criança na família até o governo da “comunidade escolar”, o governo da infância.

Nesse contexto, o discurso psiquiátrico parece destacar-se como tecnologia de poder sobre os destinos da infância contemporânea. De acordo com Foucault (1978) é possível “mostrar o modo como essa ordem psiquiátrica coordena por si mesma todo um conjunto de técnicas variadas relativas à educação das crianças, à assistência aos pobres, à instituição do patronato operário” (FOUCAULT, 1978, p.157). É possível observamos, então, que os dispositivos de disciplina e de segurança, “aliados aos saberes ‘psi’³⁶, no neoliberalismo, enfocam o agente econômico, atuam sobre seus medos, anseios e desejos e, com isto, constituem formas de governo, de condução das condutas” (DANELON, 2015, apud ALMEIDA e SAMPAIO, 2021, p. 84).

No artigo “Os sentidos do risco no campo da saúde mental”, a professora Luna Rodrigues (2016) aborda a mudança contemporânea da abordagem à noção de risco, inicialmente tomada como "periculosidade inerente à loucura", num segundo momento passou a ser entendida como "probabilidade de desenvolver doenças". O que tem acentuado impacto na gestão pública em saúde e concorre para a remontagem das políticas higienistas do início do XX. Robert Castel, como já dito, foi um dos primeiros

³⁶ Psiquiatria, psicologia e seus congêneres: psicopedagogia, neuropsiquiatria, neuropsicologia etc.

autores a identificar a mudança na abordagem à noção de risco e sua influência no campo da saúde mental.

A partir da psiquiatria preventiva de Caplan (1964), no contexto do pós-guerra, a proposta preventivista expandiu seu horizonte, avançando do interior dos hospitais psiquiátricos à comunidade. Além disso, expandiu seu foco de interesse da loucura para o sofrimento e as expressões mais comuns de fragilidade psíquica humana (CASTEL, CASTEL, & LOVELL, 1982; GROB, 1983, 1994; HEALY, 2002; HORWITZ, 2002).

Diversos fatores contribuíram pra a crise interna da psiquiatria no contexto norte-americano, entre os quais destacamos: a crítica antipsiquiátrica à própria validade da noção de doença mental; as críticas à limitação da terapêutica psicanalítica para o tratamento dos casos de transtorno mais severo que, fruto do processo de desinstitucionalização, retornavam à comunidade, demandando tratamento (Grob, 1994); o impacto do surgimento dos psicotrópicos no tratamento dos casos mais graves (Grob, 1994; Healy, 2002; Shorter, 1997); a insatisfação de um número significativo de psiquiatras com os rumos tomados pela profissão, dominada pelo paradigma psicossocial e distante dos cânones científicos, que começaram a reivindicar uma organização mais sistemática, experimental e objetiva do conhecimento psiquiátrico (Horwitz, 2002; Shorter, 1997); a competição pelo mercado das psicoterapias oriunda de psicólogos, assistentes sociais e afins, que compartilhavam praticamente os mesmos métodos e, assim, reduziam a especificidade terapêutica do psiquiatra. (RODRIGUES, 2016, p. 4)

No século XXI a noção de risco associada ao campo da saúde mental teve grande ampliação. Esse processo que teve início nos anos 1970, período da história da psiquiatria moderna notadamente marcado pela expansão das políticas do risco para todo o corpo social (CASTEL, 1991).

A noção de risco torna-se autônoma em relação à noção de periculosidade. Com isso, será possível observar um deslocamento dos discursos preventivos sobre o louco, tratado como indivíduo perigoso, para a consideração dos fatores de risco dispersos que podem, de forma probabilística, representar perigo. Com a extensão da avaliação do risco a potencialmente todos os indivíduos, vemos a ampliação significativa do espectro daqueles considerados portadores de algum grau de ameaça, seja a si mesmos ou aos que os cercam. (RODRIGUES, 2016, p. 4)

A noção de risco está na origem da demanda de tratamento na clínica de saúde mental com crianças e adolescentes. Isso se explica pela relação complementar entre risco e prevenção, o que nos leva a interrogar: que tipo de risco pode ser prevenido em saúde mental? Destacamos que o setor educação figura como umas das principais fontes de encaminhamentos da população infantojuvenil ao especialista em saúde mental.

No ambiente escolar, a criança e sua família continuam figurando como objetos de observação da instituição de educação. A dificuldade de aprendizagem, a inibição, a vulnerabilidade social da família, na perspectiva do risco/prevenção, são índices de um

processo cultural que tende a se repetir pela pressão do *habitus*. No entanto, apesar desse cenário expressar uma dinâmica relacionada com a história social da criança e sua família, suas dificuldades tendem a ser identificadas a uma questão privativa e reduzida à adaptação de seu comportamento. A indicação da criança/adolescente ao especialista – psicólogo, psiquiatra, psicopedagogo – tende a eximir o campo social de suas responsabilidades e identifica o indivíduo como *locus* de seu “problema”. Nesse sentido, terapias de orientação comportamental ganham destaque ao se alinharem aos princípios de adaptação e aprimoramento de comportamentos. Ao focar meramente no aspecto fenomênico, tais terapias excluem de sua técnica a interferência das relações humanas sobre a expressão psíquica do sujeito (DUNKER, 2015).

Esse novo “homem psicológico”, sem vida pregressa, sem desejo, sem singularidade, deve ser capaz de adaptar-se às situações que lhes são impostas de modo padronizado. Nessa psiquiatria de inspiração neoliberal, conforme indica Dunker (2015), não há questão subjetiva, não há lógica do sintoma, não há mal-estar do sujeito. Nela há apenas o par dialético adaptação/desadaptação, identificado à noção de transtorno mental.

Desvela-se, desse modo, uma postura ética neoliberal no interior do setor saúde, a qual se vincula à exclusão de aspectos do humano que parecem inadequados aos setores orientados à produtividade. Nesse sentido, as condições de risco, perigo e prevenção atualizam a demanda gestora de controle de populações. A infância, por sua legítima condição de objeto de cuidado do outro, mostra-se como período da vida em que pela própria transitoriedade apresenta condições de risco de modo mais evidente. Por consequência, torna-se mais exposta às técnicas preventivas, o que é legítimo em se tratando de questões orgânicas da saúde.

No entanto, como destacou Castel, nem a psiquiatria é uma medicina como as outras, nem o “transtorno mental” é uma condição médica como as outras. Cabe ressaltar que a não diferenciação desses campos impacta a prática da medicalização da infância, conforme acompanharemos.

3.4. O governo da infância e a medicalização do sofrimento psíquico

A advertência de Costa quanto à ausência de uma unidade no conhecimento psiquiátrico se associa a um modo de conceber a psiquiatria clássica como campo de saber sobre as relações do sujeito em suas interações com o Outro. Ao contrário dessa concepção, a psiquiatria contemporânea vislumbra uma posição epistemológica que a

alce a uma posição de igualdade frente às outras especialidades médicas. Assim, a psiquiatria contemporânea tem se ancorado na farmacologia, nas técnicas de reabilitação baseadas na cognição associadas à exclusão da subjetividade.

Há vários exemplos de expressão dessa psiquiatria – alinhada ao discurso neoliberal (DUNKER, 2015) – que se mostra excludente do sujeito até mesmo em seu processo de cuidado. Uma psiquiatria que cala o sujeito e, no lugar de escutá-lo, atém-se ao objeto olhar: olha para o sintoma em lugar de escutar o sofrimento. É o olhar, a imagem, o fenômeno que ganham destaque, assim como fora na clínica médica tradicional pesquisada por Foucault em *O nascimento da clínica* (1963[1994]). Neste tipo de gestão do sofrimento, orientado pelo discurso neoliberal, sempre há um medicamento para uma expressão subjetiva entendida como inadequada.

Neste cenário, a ideia de governamentalidade associada à ideia de risco nos dá notícias de uma das mais destacadas estratégias gestoras contemporâneas: a medicalização. O conceito merece especial destaque pois, se utilizado sem referência ao contexto sócio-histórico de sua aplicação e aos marcos teóricos de sua construção, a medicalização perde sua capacidade analítica. Medicalização, saudização e farmacologização não são conceitos sinonímicos e exigem um uso criterioso dos termos.

Em relação ao contexto histórico, o corte temporal é estabelecido a partir da Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Do ponto de vista da elaboração conceitual, podemos acompanhar a diferença entre Foucault e os autores contemporâneos a ele – Zola, Illich e Conrad. Foucault aborda o conceito de medicalização a partir do contexto dos séculos XVIII e XIX, sobretudo no que diz respeito às medidas maciças de saúde como forma de constituição do Estado-nação (ZORZANELLI et al 2016).

Na “Aula de 17 de março de 1976”, Foucault discute a tomada de poder do Estado sobre a vida, numa inversão descrita pela asserção: “fazer viver e deixar morrer”, quando o Estado-nação se outorga a função não mais apenas de decidir sobre a morte, mas também, e fundamentalmente, sobre a vida. Desse modo, o corpo, condição humana de manutenção da vida, entra na cena disciplinar do Estado e temos a biopolítica, executada pelo biopoder, reificada pelo poder disciplinar e instrumentalizada pelo campo biomédico.

As instituições disciplinares e a biopolítica formam uma aliança útil no exercício da gestão da vida, que encontra, no fenômeno da medicalização, um lugar de ação, visto que a medicalização se caracteriza pela intervenção médica sobre o plano da vida dos sujeitos, exercendo um controle sobre a população e o indivíduo. (ZORZANELLI et al, 2018, p.725-726).

A Segunda Guerra Mundial teve como consequência o Plano Beveridge, que foi uma estratégia de seguridade social cujo objetivo era reparar os danos causados pela guerra a partir de propostas de reformas sociais abrangentes. Segundo Foucault (1976), o Plano Beveridge é o responsável por dar ao Estado a responsabilidade pela saúde da população na contemporaneidade. Nesse momento surgiria o que Foucault chama de “medicalização indefinida”. Sob essa perspectiva, gozar de boa saúde passa a fazer parte do dever cidadão e da responsabilidade do Estado.

Se, no século XVIII, a medicalização das cidades foi de suma importância para o desenvolvimento social, o segundo episódio da medicalização, mais contemporâneo, é maior alvo de interesse na atualidade, por sua capacidade de ampliação do campo de intervenção médica. **É que, no século XX, a medicina perdeu, efetivamente, suas fronteiras e passou a ocupar todo o campo social fora da demanda do sujeito**³⁷. A medicina passou, então, a fazer parte do cotidiano de todos, como uma intervenção sem demanda, incorporada à sexualidade, às escolas, às famílias e aos tribunais. (ZORZANELLI et al, p.724).

Peter Conrad, sociólogo, apresenta duas definições para o conceito, que se tornaram padrões: a 1ª definição afirma que medicalização significa a definição de um comportamento como um problema médico e, desse modo, licencia à profissão médica a ofertar algum tipo de tratamento para tal comportamento (CONRAD, 1975 apud ZORNANELLI et al, 2013, p. 1860); e a 2ª definição, mais recente, vai além, mas mantém semelhança com a primeira. Neste momento, Conrad define o conceito como a descrição de um “processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (idem, ibidem).

Conrad recebe críticas pela amplitude com a qual eleva o conceito, o que tornaria o fenômeno indeterminado – para seus críticos – e o faria perder sua capacidade hermenêutica. Em acordo com a crítica ao alargamento do conceito de medicalização, Aronowitz argumenta que, nessas condições, a utilidade do termo fora perdida, porque houve um afastamento de seu sentido original. Qual seria? O de rotular o comportamento desviante e transgressivo como doença.

Ao contrário, o termo medicalização passou a designar “ações de pessoas de fora do campo médico (pacientes, ativistas e outros) que, por uma miríade de processos, resultariam na expansão de entidades médicas e no número de indivíduos recrutados.” (ZORNANELLI et al, 2013, p.1860). Para alguns autores, essa seria uma generalização desvantajosa do ponto de vista conceitual.

³⁷ Grifos nossos.

Outro crítico a essa asserção é o sociólogo Nikolas Rose, para quem o conceito de medicalização, pensado para além dos limites da autoridade médica, não ajuda a entender como, o porquê e quais consequências essas mudanças geram (idem, *ibidem*). Para Rose, o conceito não pode ser por si só uma descrição, explicação, nem uma crítica, porque não se trataria de nomear, por meio dele, uma lógica implacável da atuação médica.

O cerne da argumentação quanto à medicalização da vida, em nossa avaliação, diz respeito ao lugar central do poder biomédico e seu uso pelo aparato político do Estado. O que, na contemporaneidade, amplia-se, em nome do bem-estar social, sob os critérios de risco, prevenção e promoção de saúde. O corpo e o comportamento humanos figuram identificados e abordados por diferentes níveis da medicalização da vida, seja por meio da prescrição de medicamentos para situações que não são reconhecidas necessariamente como doenças (por exemplo estados pré-diabéticos) ou para aprimoramento cognitivo.

O papel ativo de usuários dos serviços de saúde quanto ao aumento da demanda medicalizante também é crucial nesse processo. Portanto, o termo, se tomado como um conceito monolítico, não permite que tenhamos clareza sobre a vantagem teórica que deve sustentar, tendo em vista que os diferentes planos ficariam reunidos em uma só alcunha homogeneizante (ZORNANELLI et al, 2013, p. 1860).

Tomando por referência o sociólogo Irving Zola, o conceito de medicalização pode ser entendido como tendo dois significados amplos: 1º - liga uma gama crescente de fenômenos sociais com a instituição da Medicina – profissão, terapêutica e diagnóstico médicos. Nesse uso, geralmente a medicalização é descrita como uma expansão do poder médico-profissional sobre esferas mais amplas da vida, especialmente sobre os comportamentos desviantes, substituindo os atores religiosos e legais e seus modos de controle social. 2º - Refere-se à extensão do leque de fenômenos mediados pelos conceitos de saúde e doença, muitas vezes com foco na importância desse processo para o entendimento do controle social do desvio (CRAWFORD, 2019, p. 105).

Os autores do pós-Segunda Guerra – Illich e Zola – articulam o termo medicalização na contemporaneidade à decadência do imperialismo médico. Se em Foucault é o discurso biopolítico que dá caminho ao imperialismo médico e ao exercício de medicalização da vida, a partir do pós-guerra, com o Plano Beveridge e o consequente avanço da medicalização para setores não médicos, o que temos é a lógica neoliberal no setor saúde, com pacientes identificados a consumidores e acessando, apenas, o profissional médico – o único autorizado à prescrição de medicamentos e a maioria dos procedimentos físicos.

Há com isso uma exclusão dos determinantes sociais da saúde no setor saúde (ZORNANELLI et al, 2013). Daí à medicalização da infância foi um curto passo. Importa considerarmos que um dos objetos primários da medicalização, como estratégia biopolítica, é a família, com destaque para a infância, a mulher e tudo o que deve ser administrado: a sexualidade, os afetos, o desempenho dos cidadãos.

Na contemporaneidade, a criança passou a ser definida como “sujeito em desenvolvimento”, o que em termos legais qualifica o processo de maturação que engloba tanto a condição fisiológica quanto psíquica da criança ou do adolescente. Essa definição, sustentada pelo discurso biomédico, promoveu novos e importantes matizes pautados em condição fisiológica e favoreceu que a política pública se ocupasse do público infantojuvenil. Reconhecemos os importantes efeitos da definição da criança como “sujeito em desenvolvimento” no que tange aos aspectos sociopolíticos, pois funcionou como instrumento de proteção contra os abusos cometidos contra esse público. Situações como trabalho escravo, privação de instrução escolar e violência física justificada como técnica educacional são exemplos do que se tornou crime contra a criança ou o adolescente.

No entanto, se a condição de sujeito em desenvolvimento os protege e os inclui no campo do cuidado, essa definição, sustentada pelo discurso biomédico, também lhes confere a qualidade de “inacabados”, tanto do ponto de vista físico quanto psíquico. Aponta, assim, para uma racionalidade epistemológica que engloba os aspectos físicos e psíquicos sob a mesma lógica das ciências da natureza. No entanto, se o órgão físico “cérebro” é parte de um sistema natural do organismo e está submetido à cronologia para se desenvolver; o psiquismo é anacrônico, não tem lugar no organismo posto que obedece à lógica de uma realidade pulsional (Freud, 1915). Sendo, portanto, efeito das construções simbólicas do sujeito psíquico em sua relação com o campo do Outro.

Apesar de coabitarem o mesmo indivíduo, cérebro e psiquismo obedecem a lógicas epistêmicas distintas. Em termos práticos, por um lado, a definição da criança e do adolescente como “sujeito em desenvolvimento” foi um imenso ganho para o campo das políticas públicas para a infância e adolescência; por outro lado, é preciso ir além, e incorporar o aspecto constitucional do psiquismo. Isto é, não se trata de um órgão, mas do aspecto que qualifica a psiquismo humano desde o início, sua característica anacrônica, e, portanto, sem marcos a serem alcançados, e sua constituição pela relação com o Outro. Vejamos melhor a importante diferença entre os aspectos relativos às noções de desenvolvimento e constituição quando associadas ao aparelho psíquico.

3.5. Desenvolvimento e constituição subjetiva na clínica da saúde mental com crianças

O conceito de desenvolvimento está vinculado aos processos naturais, biológicos e fisiológicos do ser humano. Isto é, o desenvolvimento obedece aos processos naturais pré-determinados pelo organismo de tal modo a acomodar marcos temporais para a aquisição de habilidades motoras, cognitivas e mentais, por exemplo.

O psicanalista Oscar Cirino (2001) aborda os aspectos da clínica psicanalítica com crianças a partir da distinção entre “desenvolvimento” e “estrutura”, e nós associamos a isso as demandas sociais provenientes da especificidade da criança enunciada no instrumento jurídico “Estatuto da Criança e do Adolescente” (1990): “Art. 6º. Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como **pessoas em desenvolvimento**³⁸.”.

Cirino aborda a oposição entre desenvolvimento psíquico e constituição do sujeito, retomando a Teoria do Desenvolvimento Infantil, oriunda da Psicologia Genética a partir de seus principais representantes, Jean Piaget (1896- 1980) e Henri Wallon (1879-1862). Para melhor esclarecer o vocabulário utilizado pela teoria do desenvolvimento, destacamos existir diferenças entre as noções de “escala de desenvolvimento” e “estádio de desenvolvimento”. As escalas mais conhecidas são as propostas por Charlotte Bühler (1893-1974) e Arnold Gesell (1880-1961), organizadas por meses ou anos de idade (AJURIAGUERRA, 1975; BORGES, 1987). As escalas são descritivas e pretendem precisar cronologicamente o desenvolvimento infantil, já os estádios são operacionais e visam definir os níveis funcionais de desenvolvimento sem se ater à cronologia, mas à sucessão de aquisições funcionais. Conforme Ajuriaguerra (1975):

Não se deve confundir as escalas de desenvolvimento com os *estádios de desenvolvimento*, os quais foram estabelecidos numa tentativa de definir os níveis funcionais. As escalas são descritivas; os estádios são operacionais e tendem a aprofundar o seu conhecimento do modo de organização da criança e as novas formas que assumem seus diversos comportamentos durante sua evolução. O estádio não obedece a uma cronologia, mas, sim, a uma sucessão funcional. (AJURIAGUERRA, 1975, p. 21)

³⁸ Grifos nossos.

Vários autores da psicologia genética utilizaram a noção de estágio em suas teorias. Piaget se ateve, principalmente, ao estudo das operações intelectuais da criança, assim como pode ser vista pelo observador ao longo das sucessivas assimilações. Além disso, Piaget delimitou criteriosamente os termos empregados para definir um estágio, não o confundido com o que alguns teóricos nomeiam como fase.

_ Para se considerar que existe um estágio é necessário que a ordem de sucessão das aquisições seja constante. O autor [Piaget] insiste em que não se trata de cronologia, mas de ordem de sucessão.

_ Todo estágio deve ter um caráter integrativo, isto é, as estruturas construídas em uma determinada idade tornam-se parte integrante das estruturas da idade seguinte.

_ Um estágio corresponde a uma estrutura de conjunto e não à justaposição de propriedades estranhas umas às outras.

_ Um estágio comporta, ao mesmo tempo, um nível de preparação e um nível de acabamento.

_ Em toda sucessão de estágios é necessário distinguir o processo de formação, de gênese e as formas de equilíbrio final. (AJURIAGUERRA, 1975, p. 22)

Embora Henry Wallon tenha valorizado o desenvolvimento emocional e a socialização para a descrição dos estágios, ambos os teóricos se ocuparam do aspecto qualitativo da “evolução” psíquica da criança. Eles consideravam o “desenvolvimento” psíquico como uma construção de caráter progressivo e que se produz pela “interação” entre o indivíduo e seu meio. Importante destacar que tanto Piaget quanto Wallon trabalham com a noção de uma “gênese do psiquismo” em oposição à ideia de desenvolvimento como “realização progressiva de funções predeterminadas” (AJURIAGUERRA, 1975, p. 23).

Se para Piaget é a cognição que orienta sua visão sobre o desenvolvimento da criança, para Wallon é a emoção que cumpre essa função. No entanto, ambos se orientam por processos naturais do organismo, associando o desenvolvimento psíquico ao orgânico. Assim, para Wallon a emoção é:

[...] o intermediário genético entre o nível fisiológico, no qual só existem respostas reflexas, e o nível psicológico, que permite ao indivíduo se adaptar progressivamente ao mundo exterior que ele descobre. Para H. Wallon, o mundo exterior inicial é o mundo humano, do qual a criança recebe tudo: o apaziguamento dos seus males, a satisfação de suas necessidades fundamentais. A possibilidade que a criança tem de sentir e de exprimir o bem-estar e o mal-estar, isto é, suas emoções primitivas, encaminham-se para a discriminação do mundo exterior, já que estas emoções estão ligadas à atividade que o mundo humano exerce sobre a criança. H. Wallon diz que: “a criança que sente está a caminho da criança que pensa”. (AJURIAGUERRA, 1975, p. 24)

Em função de uma leitura equivocada da obra de Freud, psicólogos da Psicologia do Ego, a exemplo de Anna Freud, Bruno Bettelheim e René Spitz, identificaram a psicanálise a uma psicologia evolutiva ou genética. Além desses, também os teóricos da

relação de objeto, com destaque para Melanie Klein, Karl Abraham, Donald Winnicott e Michael Balint, propuseram um estágio final para o desenvolvimento psicosssexual, que seria o momento em que o sujeito alcança uma relação “madura” com o objeto, momento identificado ao estágio genital ou ao amor objetal. Ou seja, a maturidade psíquica é interpretada por esses teóricos como associada à maturidade genital e sua capacidade de encontro com o outro sexo. Nessa perspectiva “Acredita-se no ‘encontro’ entre o sujeito e o objeto, sujeito que se confunde com o *eu* e objeto que é definido, antes de mais nada, como de satisfação” (CIRINO, 2001, p. 96).

Porém, CIRINO (2001) propõe a questão: de que modo a teoria freudiana teria dado margem a tamanho equívoco? A teoria da libido gerou confusões em função do vocábulo “fases” e foi em função das “fases” que se elaborou a proposta de um “desenvolvimento da organização sexual”, ou de um “desenvolvimento psicosssexual”, assim como as noções de *fixação* e *regressão*. Tais características favorecem um entendimento cronológico da realidade psíquica (CIRINO, 2001, p. 98).

Foi somente a partir do retorno de Lacan a Freud que o espírito freudiano voltou a ter lugar na clínica psicanalítica, avançando da psicologia do ego mais próxima à adequação comportamental à psicanálise que tem a ética do desejo como compromisso teórico e técnico. Entre desenvolvimento e estrutura, o que está em questão é a emergência do sujeito ou sua obstrução. Ao nos remetermos ao sujeito psíquico – reiterado por Lacan em seu retorno a Freud – reconhecemos nele a possibilidade da angústia, do mal-estar e do sofrimento. O oposto disso aponta para a redução da criança a um sistema biológico, o que lhe confere um tempo de espera até que possa vir a experimentar os próprios afetos com autonomia.

Sob a lógica desenvolvimentista, o tempo de ser criança estaria contando apenas como um período intermediário, tempo de espera para “ser grande”, ser adulto. Que a criança daí se posicione, esperando ávida por sua adultice, é comum e esperado. A questão que se nos coloca é quando o adulto não pode enxergá-la – nomeá-la – como sujeito pleno, habitado por desejo, saber e verdade. Uma criança precisa que o outro lhe confira o lugar de sujeito para que daí se posicione como desejante. O oposto disso, pode prejudicar-lhe a possibilidade de construir um mundo de fantasias que é seu “trabalho” psíquico de preparação para as exigências do Outro (MAGALHÃES, 2013).

Para avançar na pesquisa sobre o reconhecimento do sofrimento psíquico na criança, recorreremos às noções de desenvolvimento e estrutura. Se, como vimos o desenvolvimento está associado ao aspecto cronológico da vida orgânica e a estrutura

está vinculada a estados lógicos da constituição subjetiva, como podemos interpretar as fases do desenvolvimento da libido propostas por Freud e largamente incorporadas pelos campos da educação e medicina pediátrica? Freud teria proposto um desenvolvimento psíquico?

As noções de “fase” e “estádio” não são estranhas à teoria psicanalítica, que não se limita à cronologia, mas se atém à escuta ao sujeito a partir da ética do desejo (LACAN, 1959-60, SEM. 7). Com essa orientação, damos sequência à clínica da escuta com crianças.

3.6. A Clínica da escuta com crianças

A título de ilustração, apresentamos duas experiências históricas orientadas por éticas teóricas opostas e que possibilitam observar a interferência dos discursos nos desdobramentos clínicos. Trata-se do caso Vitor, estudado por Jean Itard (médico e diretor da Instituição Imperial de Surdos-Mudos durante o século XIX na França) e do caso Roberto – “O lobo! O lobo!” –, acompanhado por Rosine Lefort (psicanalista francesa, de orientação lacaniana e estudiosa do autismo em crianças) e apresentado por ocasião do primeiro seminário de Lacan (1953).

Iniciamos pelo caso Vitor, conhecido como “O selvagem de Aveyron”. No século XIX, em 1801, um menino de cerca de 11 anos de idade vagava nu pela floresta onde foi encontrado por caçadores e, posteriormente, entregue aos cuidados de especialistas. Avaliado por Pinel, já famoso à época pelo tratamento da “alienação mental”, “O selvagem de Aveyron” fora comparado aos pacientes internados em Bicêtre e diagnosticados como idiotas. Por consequência, o menino foi avaliado como fora das possibilidades de tratamento, tendo em vista que a lógica do tratamento pineliano reconhecia na alienação mental um “resto de razão”, e era esse dado o que lhe conferia a possibilidade de tratamento. No caso de “O selvagem de Aveyron”, avaliado como idiotia, não seria possível acessar o que nunca houvera, portanto, seria um “intratável” (LAJONQUIÈRE, 2010, p.127). Isto é, jamais se adequaria às expectativas sociais de comportamento adequado, normalizado.

Jean Itard, no entanto, avaliou a condição mental do menino como “normal” do ponto de vista orgânico e concluiu que a criança somente não aprendera a comportar-se de forma civilizada em função da ausência de acesso a qualquer tipo de educação. Como médico especialista em oligofrenia e surdo-mudez, especialidade até hoje comum ao

campo do autismo – o provável diagnóstico do menino, em termos atuais –, Itard estava seguro de que tudo no ser humano é desenvolvido através da aprendizagem (LAJONQUIERE, 2010, p. 154 apud CARDOZO, 2014, p. 24).

A criança foi nomeada e tomada em tratamento por Itard. Apesar de sua proposta atualmente parecer equivocada, ao reduzir o fenômeno apresentado pelo menino à mera ausência de investimento pedagógico, parece ainda restar a orientação pedagógica sobre o desenvolvimento mental e cognitivo da criança através das técnicas de adequação do comportamento a uma normalidade idealizada. Isto é, parece ainda vigorar, com outra roupagem, os princípios educacionais propostos por Itard à criança diagnosticada com um transtorno mental. O mérito de Itard foi, acima de tudo, investir na possibilidade de tratamento de uma criança.

Nossa pesquisa com os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil está interessada em abordar o valor ético e moral atribuído ao sofrimento de uma criança e sua relação com a figura diagnóstica do “transtorno mental”. Seguindo essa lógica e separando a expressão subjetiva de sofrimento da figura diagnóstica “transtorno mental”, interpretamos que a identificação da criança à mera condição de indivíduo em desenvolvimento físico e mental, em oposição à condição de sujeito desejante, a impede de ter seu sofrimento reconhecido. Resta aparente, assim, apenas o sofrimento de seus responsáveis – os pais, de modo geral – e instituições que lidam com ela - a escola, por exemplo.

Em “O estágio do espelho como formador da função do eu” (1949), Lacan demonstra que o nascimento do sujeito psíquico acontece através de sua relação com o olhar desejante do Outro. Para tanto, vale-se da pesquisa realizada por Henri Wallon como referência para a distinção entre o humano e o animal, isto é, entre a pulsão e o instinto.

Em tal pesquisa, o macaco filhote se mostra mais inteligente ao nível motor do que o bebê humano em determinado momento de seu desenvolvimento neuromotor; no entanto, paradoxalmente, o bebê humano é capaz de reconhecer-se no espelho. Por identificação à imagem de seu semelhante, o bebê humano, a despeito da prematuridade de seu organismo ainda inacabado, antecipa-se em reconhecer em si a imagem do outro, o que lhe confere unidade corporal. Entretanto, conforme Lacan (1960) nos esclarece, não basta a imagem do outro para que o bebê possa se identificar ao seu semelhante. Ao contrário, é por meio da demanda de amor através do olhar desejante do outro que o bebê é convocado a se identificar com seu semelhante.

Assim, por antecipação ao próprio organismo ainda prematuro – antecipação que se dá no nível simbólico – o bebê, ainda sem aparato orgânico desenvolvido para a fala, vê-se convocado pela imagem do outro especular, cuja fala tem como efeito o mapeamento erógeno do corpo que assim ganha unidade. A entrada do organismo humano para o mundo do Outro é, então, uma operação de ordem discursiva que tem origem no investimento libidinal do Outro. Tem lugar nesse momento o fenômeno do transativismo, que é quando o bebê pode se ver na imagem que lhe retorna do outro, como se fosse um espelho a refletir sua própria imagem³⁹.

Foi tomando por referência essa orientação teórico-clínica que a psicanalista Rosine Lefort apresentou o caso de Roberto, incluindo a dimensão da palavra como emergência do campo do Outro, apesar do menino somente vocalizar “Dona” e “O lobo!”. Roberto, cinco anos de idade, passara por uma série de intervenções em seu corpo além de inúmeras separações de sua mãe. Ela, diagnosticada como psicótica, perdera o poder de família em função da situação de abandono em que deixava a criança. Em consequência, o menino foi posto em uma instituição da Previdência Social, espécie de “lar abrigado” francês durante os anos 50⁴⁰.

A psicanalista Rosine Lefort acompanhou Roberto durante seu período de internação e relatou os atendimentos que teve com o menino, norteados por uma escuta atenta aos aspectos da fundação do sujeito psíquico. Na contramão da psicologia do ego, que é pautada pelas teorias do desenvolvimento infantil e pelo fortalecimento do eu, a psicanalista orientou sua escuta ao enigma trazido pelo inconsciente, apostando na relação transferencial que, através do signo – o lobo! –, estabelecia-se.

Apesar das dificuldades em construir a história de vida da criança, Rosine Lefort destaca a importância de que o material de trabalho seja obtido através da escuta à própria criança nos atendimentos. “Sua história foi reconstituída dificilmente, e é sobretudo graças ao material trazido em sessão que se pôde saber dos traumatismos sofridos⁴¹.” (LEFORT *apud* LACAN, 1986 [1953-4], p. 110).

³⁹ O mesmo ocorre com o fenômeno do sofrimento, resgatando um fenômeno tanto humano quanto precoce como o transativismo.

⁴⁰ “Era uma instituição de internamento temporário de crianças dependentes de Assistência pública [...] ou internadas lá temporariamente durante a doença de suas mães, o que acontecia com mais frequência.” (Prefácio de Rosine Lefort ao *Nascimento do Outro*, 1980, onde apresenta dois casos clínicos atendidos na mesma instituição em que Roberto também estava internado).

⁴¹ Início da apresentação do caso por Rosine Lefort, alertando quanto à coleta de material histórico do sujeito através da clínica como prioridade em relação a dados históricos institucionais. Como notamos, nos serviços de atenção à saúde mental, há um inchaço de informações sobre o usuário sem que o sujeito compareça com sua própria fala.

Os sintomas da criança são descritos por Rosine Lefort da seguinte forma:

Do ponto de vista da linguagem, ausência total de palavra coordenada, gritos frequentes, risos guturais e discordantes. Só sabia dizer duas palavras que gritava – ‘Dona!’ e ‘O lobo!’. Esta palavra, ‘O lobo!’, ele a repetia o dia todo, o que me faz chamá-lo de menino-lobo, porque era verdadeiramente a representação que tinha de si mesmo. (*Ibidem*, p. 111).

Além disso,

Do ponto de vista do comportamento, era hiperativo, o tempo todo agitado por movimentos bruscos e desordenados, sem finalidade. [...] Perturbações variadas do sono. Sobre esse fundo permanente, tinha crises de agitação convulsiva, sem convulsões verdadeiras, com enrubescimento da face, berros dilacerantes por ocasião de cenas rotineiras da vida - o penico, e sobretudo, o esvaziamento do penico, o despir-se, a comida, as portas abertas que não podia suportar, não mais do que o escuro, os gritos das outras crianças e, como veremos, as mudanças de quarto. (*Idem*).

Com essa rica descrição sobre funcionamento psíquico do menino e sem pressa diagnóstica, Rosine Lefort pôde deixar-se surpreender pela expressão subjetiva de Roberto e nomear seus momentos de intensa angústia, incluindo esses acontecimentos no campo simbólico. Ou seja, dava sentido ao que aparentemente acontecia “do nada”, como comumente se diz das crises de angústia de crianças. A psicanalista, do lugar ético de escuta ao sujeito psíquico, pôde escutar a maneira pela qual o menino se fez nomear – o nome é um vocativo – ao repetir o chamamento “o lobo”.

É exatamente essa expressão “o lobo!”, acompanhada do afeto do medo compartilhado pelo menino com as outras crianças ao ouvir essa palavra das enfermeiras para fazer com que as crianças ficassem quietas, que ele repete o dia inteiro. Em outros momentos, o menino apenas grita “o lobo!”, o que parece ressoar como o grito de apelo do bebê ao Outro.

Foi justamente esta expressão proferida pelo menino que ofereceu condições para o início do laço transferencial com Rosine Lefort. Com “o lobo!”, o menino fazia apelo ao outro, parecendo, dessa forma, tentar cavar no Outro um lugar desejante para si. Ao grito de “o lobo!”, a psicanalista acolheu Roberto, chegando a chamar Roberto de “o menino-lobo”. Essa operação, a partir da escuta ética e comprometida com o sujeito psíquico, deu a Roberto um lugar e uma possibilidade de se incluir no campo do outro.

A partir dos casos Vitor – “O selvagem de Aveyron” –, e de Roberto, pretendeu-se apresentar duas posturas distintas quanto à subjetividade da criança e do adolescente, fator determinante para a escuta ao sofrimento psíquico. Com Itard, considerando o advento da teoria freudiana das pulsões (1915) – o que aconteceu mais de um século depois de sua experiência com Vitor – temos o exemplo do que não se deve fazer no

tratamento mental de um sujeito. Sua proposta de um tratamento realizado através da educação das pulsões – como hoje podemos interpretar – estava fadada ao fracasso pelo simples fato de que as pulsões são ineducáveis (FREUD, 1915), restando apenas construir uma mediação mais próxima ao laço social para que ela possa se escoar, satisfazendo-se.

Em outra posição ética, observou-se a perspectiva de Rosine Lefort, como psicanalista, advertida das emergências do sujeito ante o desejo, colocou-se na transferência como objeto incompleto. Com essa referência técnica, ela pôde investir no menino e aguardar os efeitos de seu trabalho, entendendo que o reconhecimento de tais efeitos está na dependência da escuta ao sujeito. Não foi Roberto quem deliberadamente olhou para a analista e nomeou-se “o lobo!”, foi necessária a escuta investida de desejo da analista para reconhecer nessa massa sonora um chamado, um grito, uma nomeação.

A primeira pergunta que se faz, no entanto, vai no sentido da avaliação do quadro clínico mental de crianças e adolescentes. O que é considerado como melhora, como avanço do tratamento? Não seria necessário que o sofrimento psíquico fosse uma referência técnica para avaliar o avanço no tratamento em saúde mental, mesmo de uma criança/adolescente?

Com essas questões como pano de fundo, a rede de cuidados da infância e adolescência institucionalmente constituída se depara com demandas de diferentes setores que reproduzem a lógica biopolítica, conforme apresentada por Foucault (1976), ainda com resquícios higienistas. A medicalização da infância, em nossa interpretação, mostra-se, ainda na contemporaneidade, um fenômeno sociocultural que denuncia o biopoder como instrumento da biopolítica no governo da vida com vistas ao controle sociocultural desde a infância.

Iniciamos essa pesquisa trazendo à cena as construções sociais do afeto pela infância. Já vai longe aquela criança cujo afeto do adulto não lhe reconhecia a infância. Mas continua o descaso em função de sua origem social e a medicalização largamente demandada parece se mostrar estratégica para o cumprimento do exercício de uma certa cidadania. Questionável, mas, ainda assim, incluída nos discursos e práticas políticas.

Retomemos, nesse ponto, a gestão do sofrimento infantojuvenil através da pesquisa de campo realizada em quatro CAPSi's representantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município do Rio de Janeiro.

4. NARRATIVAS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Investigar o modo como profissionais, representantes do campo contemporâneo da saúde mental infantojuvenil, reconhecem o sofrimento e o nomeiam se inclui numa genealogia contemporânea dos discursos sobre a infância. O discurso, produção humana coletiva, concorre para a construção da linguagem que é o lugar a partir do qual a subjetividade se constituirá. Nessa perspectiva, consideramos o discurso como promotor de circuitos narrativos com vistas a facilitar a inclusão do sujeito em sua condição de cidadão. Abordaremos os discursos concernentes ao campo clínico e político infantojuvenil a partir da narrativa de seus operadores sobre a noção de sofrimento.

Associamos essas considerações à dimensão sociopolítica da construção narrativa da subjetividade e às consequentes modalidades de sofrimento (Rosa, 2018). Isso se articula à obra de Dunker, *Mal-estar, sofrimento e sintoma* (2015), em que o autor identifica a expressão do afeto de sofrimento como efeito da construção de subjetividades em conformidade com o momento sociocultural. O que indica, portanto, que o humano não sofre fora do seu contexto sócio-histórico. Conforme já indicava Freud em *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921), ao examinar a expressão do afeto humano quando exposto a relações grupais, ou ainda, em *Mal-estar na Civilização* (1929), ao verificar que a principal fonte de sofrimento humano está no encontro com o semelhante, outro ser humano. Tais considerações alicerçam uma clínica em atenção psicossocial orientada ao coletivo (OURY, 2009).

Neste capítulo apresentaremos a pesquisa com quatro CAPSi II representantes da RAPS infantojuvenil do município do Rio de Janeiro, tal pesquisa de campo foi realizada com as equipes dos CAPSi. Para tanto, utilizamos a técnica de grupo focal, onde a pergunta de pesquisa – a clínica da atenção psicossocial é orientada por referência ao sofrimento psíquico ou ao transtorno mental? – foi respondida por meio de roteiro semiestruturado tomando como guia da discussão um caso clínico eleito pela equipe durante a reunião de supervisão clínica-institucional e sem a presença da pesquisadora. Complementaremos a investigação com a pesquisa ao prontuário do caso guia. Ao final, os dados serão avaliados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin.

4.1. Metodologia da pesquisa

A experiência em dispositivo de saúde mental teve início quando integrei a equipe de um dos CAPSi do município do Rio de Janeiro desde sua implantação. Esse serviço teve como demanda disparadora de sua implantação a população de crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico em decorrência de laços sociais rompidos pela grave vulnerabilidade social. À época, estava claro para a jovem equipe que fundava o CAPSi que o cuidado em saúde mental não se fundava na condição diagnóstica, mas no “grave sofrimento psíquico”. Essa experiência foi referência para a elaboração do objeto desta pesquisa – o sofrimento psíquico infantojuvenil.

O que torna a condição desta pesquisadora com o campo da saúde mental – tendo atuado como profissional da assistência e da gestão – muito distinta dos clássicos pesquisadores sociais que no passado se deslocavam para lugares distantes de seu ambiente comum com a intenção de garantir a neutralidade em sua produção científica.

Atualmente é consenso no campo epistemológico da pesquisa social o caráter impossível da neutralidade, o que, por outro lado, não implica um rebaixamento do rigor ético e técnico. Para o “pesquisador-nativo”, a garantia da qualidade da pesquisa é uma questão presente desde o início. O tema foi abordado por Silva, em *Reflexividade e Implicação de um “Pesquisador-Nativo” no Campo da Saúde Mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios “colegas de trabalho”* (2007), por ocasião de sua pesquisa de mestrado. Para respondê-la, o autor articulou os conceitos de “reflexividade reflexa” e “objetivação participante” extraídos de Bourdieu; e, “análise das implicações” extraído de Lourau.

De acordo com as recomendações de Bourdieu (2003), a objetivação participante não visa expor as confissões do pesquisador, mas objetivar-se enquanto pesquisador durante o exercício da produção do conhecimento. Trata-se, com efeito, de apreender o modo pelo qual os “nativos” objetivam a pesquisa e o pesquisador (SILVA, 2007, p. 102). Ou seja, a objetivação participante diz respeito à objetivação do próprio pesquisador, pois em sua prática científica, ele é conduzido por suas próprias construções a partir de suas vinculações sociais, éticas, políticas e afetivas (BOURDIEU, 2003, apud SILVA, 2007).

Bourdieu, portanto, rompe com a representação social do intelectual como alguém neutro, externo ao liame social, e arrogante quanto a considerar-se livre de qualquer determinação social. Concordamos com Silva (2007) ao observar que Bourdieu parece,

ao contrário, enfatizar a interdependência entre os indivíduos no mundo social, tornando as escolhas dos objetos de pesquisa, “supostamente idiossincráticas”, em algo referente a “propriedades simplesmente sociais, tristemente impessoais” (BOURDIEU, 2004, p. 46 apud SILVA, 2007, p. 102).

Portanto, é possível assumirmos que tanto o pesquisador quanto os atores do campo pesquisado estarão atravessados pelo lugar de pertencimento social do pesquisador; ou seja, suas relações pessoais, profissionais, seu campo de identificação social. O que, longe de atrapalhar, pode se mostrar um fator positivo do ponto de vista da atuação social do pesquisador.

Paralelamente, é imprescindível que uma posição ética de não-saber frente ao campo de investigação seja exercitada, conforme destaca Lourau ao afirmar que é imprescindível que um espaço de não saber seja ativamente aberto no pesquisador-nativo, uma espécie de “desaprendizagem” sobre o campo pesquisado, para que seja possível a ele se surpreender. Nas palavras de Abrão et al, trata-se de um “espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas de saberes que, por exemplo, prescrevem formas universais de se andar a vida” (2014, p. 134).

O exercício do pesquisador-nativo exige uma reinvenção de sua posição frente ao campo investigado, o que implica em “desinstitucionalizar-se”. Um pesquisador-nativo não pode se tornar um estranho ao seu campo, mas deve distanciar-se o possível e necessário para escutar a narrativa institucional, a qual é impossível ser acessada pelo profissional quando posicionado como parte integrante do campo investigado.

Articulando as orientações epistemológicas de Bourdieu e Lourau encontramos suporte para nossa posição de pesquisadora no campo da saúde mental, desinstitucionalizar-se e exercer como pesquisadora uma ação de cidadania implicada com o contexto pesquisado.

Com essas referências teóricas, esta pesquisadora foi a campo. Reencontrou espaços conhecidos, narrativas familiares e afetivamente relacionados com sua posição subjetiva. Como pesquisadora me encontrei num lugar simbólico propenso ao estranhamento e desnaturalização dos discursos institucionais, sendo possível ativar o olhar e a escuta ao inusitado, novo, não-sabido.

Fiz o primeiro contato com os membros gestores – diretor e coordenador-técnico – de quatro CAPSi e combinamos uma apresentação da pesquisa e convite à equipe. O

que foi agendado para o terço final ou inicial da reunião de supervisão clínica institucional.

Na primeira semana, visitei dois serviços, que chamaremos de CAPSi A⁴² e CAPSi B. Fui muito bem acolhida no CAPSi A e como não havia a proposta de observação participante, eu apenas apresentei a pesquisa e convidei a equipe a participar. No entanto, no “chão da fábrica”, a realidade se constrói com atravessamentos. Inicialmente o diretor do CAPSi chamou a atenção dos profissionais quanto a atrasos cotidianos e, principalmente, o atraso para o início da reunião de supervisão da equipe. Na sequência, já em tom de supervisão, alguns membros e o(a) próprio(a) supervisor(a) fizeram algumas observações sobre a “dureza” do trabalho na saúde mental e o aspecto de uma certa “leveza” a ser construída no espaço da supervisão.

No quadro onde se insere a pauta da reunião de supervisão clínica institucional constava “apresentação/proposta da pesquisa”. Entre claudicações no movimento de iniciar a reunião, comecei minha apresentação, sob convocação da gestão CAPSi. Com ouvidos e olhares atentos, a equipe técnica escutou a proposta da pesquisa e o convite à sua participação; e a gestão do serviço valorizou a pesquisa científica no âmbito dos CAPSi.

Neste momento, apresentei os critérios tanto do caso clínico quanto dos membros da equipe para construir o grupo focal: solicitei à equipe que escolhesse um caso clínico com as seguintes características: que fosse acompanhado pelo CAPSi há pelo menos 2 anos e que a maioria da equipe estivesse a par do caso, o qual se caracterizaria como um caso complexo do serviço. Deixei claro que a escolha do caso não deveria ser pautada pelo diagnóstico, mas por sua complexidade (maioria absoluta da equipe trabalhando no caso). Chamou nossa atenção o interesse dos integrantes do CAPSi pela escolha do tema de pesquisa – sofrimento psíquico –; pude, assim, falar sobre o modo como a pesquisadora foi forjada no campo da saúde mental.

No CAPSi B, entrei para a reunião após a conclusão da supervisão. A sala estava cheia, olhares atentos e alguns burburinhos. A equipe parecia desconfiada quanto à finalidade da pesquisa: seria uma avaliação da equipe? Além disso, o critério de tempo de trabalho na saúde mental se confundiu com o tempo de permanência no serviço, que claramente mostrou sua fragilidade através de respostas como “aceito participar, mas não

⁴² Para guardar o sigilo dos equipamentos de saúde, chamaremos os CAPSi de CAPSi A, CAPSi B, CAPSi C e CAPSi D.

sei se estarei aqui na época da pesquisa”. Falavam assim a respeito da instabilidade dos contratos de trabalho e deixavam transparecer suas angústias quanto ao próprio futuro como trabalhadores, mas também, o futuro do CAPSi como executante de um trabalho de base comunitária, intersetorial e coletivo.

No CAPSi C, repetiu-se o clima de animação e uma certa desconfiança quanto ao uso que a pesquisadora faria do grupo focal. Será que a apresentação de um caso clínico poderia expor a equipe técnica? No CAPSi D, surgiu uma importante questão: um dos membros da equipe considerou que a categoria “transtorno mental” e a categoria “sofrimento psíquico” não se opõem. O que foi sanado informando que essa era uma questão que pretendemos responder com a pesquisa. De modo geral, no entanto, toda a equipe se disponibilizou ao grupo focal.

Neste primeiro contato, ainda não se tratando da pesquisa propriamente dita, pude observar o carinho de alguns colegas de trabalho e, também, uma certa desconfiança por, desta vez, apresentar-me como pesquisadora. Foram pontos comuns entre as equipes técnicas: o ânimo e um melindre em participar de uma pesquisa. O que se revelou pelas seguintes questões: “haverá anonimato?”, “Isso é um pedido do Nível Central da Prefeitura?”, “Onde essa pesquisa será apresentada?”. As questões foram sanadas e um clima de parceria se estabeleceu. A partir da apresentação da pesquisa às equipes, ajustamos os critérios para eleição tanto do caso clínico quanto dos profissionais que iriam compor o grupo focal.

Os critérios para os profissionais envolvem: trabalhar no campo da saúde mental há pelo menos 2 anos – incluindo a modalidade de pós-graduação Residência de Saúde Mental. Os critérios para a eleição dos quatro CAPSi estão associados: à experiência do exercício da atenção psicossocial em seu território, à multidisciplinaridade representada pela gestão dos serviços e, por fim, ao contexto sociopolítico do território onde estão implantados, contemplando distintas regiões da cidade.

O critério para a eleição do caso está associado a sua complexidade para a equipe. Para tanto, como ferramenta metodológica, utilizamos a técnica do “usuário-guia” e a noção de “caso traçador do cuidado” (ABRÃO et al., 2013, p. 137). Essa ferramenta utiliza tanto as entrevistas com a equipe de referência quanto a análise de prontuários com vistas a investigar o percurso do usuário indicado pela equipe de referência em função de tratar-se de caso de relevância institucional. Tal relevância se caracteriza pela intensidade do cuidado, a exigência de construção clínica complexa demandando

articulação com intersetores e as dificuldades enfrentadas pela equipe durante esse processo (OLIVEIRA et al., 2015, p. 508).

O “caso traçador” se mostra importante estratégia nos campos da saúde e da educação, pois traz à investigação empírica a produção simbólica oral e documentada, favorecendo a ampliação da investigação sobre diferentes processos de produção de saber e seus efeitos para o usuário. Esse estudo se baseia em um modo de produzir conhecimento no campo da saúde que opera sob a perspectiva do “pesquisador im-mundo” (ABRÃO et al., 2014, p. 134), com forte inspiração etnográfica, sendo, portanto, fundamental a análise das práticas e referências do pesquisador no processo de produção do conhecimento.

A intenção da técnica, portanto, não visa neutralizar as referências do pesquisador. Ao contrário, investe em exercitar a produção do conhecimento implicado em processos transformadores das práticas em saúde. Para tanto, é preciso que o pesquisador exercite uma espécie de “desaprendizagem”, isto é, despir-se do conhecimento institucional de que é portador – espécie de “desinstitucionalização do prescrito” (Idem, ibidem), conforme já dito anteriormente.

Assim, o “traçador”, configura-se como:

[...] estratégia de investigação utilizada tanto em estudos qualitativos (marcadores biológicos, marcadores clínicos, por exemplo) como em estudos qualitativos tanto na área das ciências sociais e políticas e, também, nas áreas da educação e da saúde. *Tracer studies* (estudos longitudinais com traçadores - tanto para acompanhar variáveis, como para acompanhar casos), *process tracing* (acompanhamento do desenvolvimento de processos de mudanças, por exemplo), *patient shadowing* (acompanhamento direto dos percursos de um usuário da rede de serviços), *discovery interviews* (entrevistas não estruturadas com usuários e profissionais de saúde nos diferentes momentos da produção do cuidado), *flow charts* (análise a posteriori do itinerário percorrido por um usuário ao longo de seu tratamento) são alguns dos dispositivos que podem ser utilizados nos estudos qualitativos que adotam a estratégia dos traçadores. (FEUERWERKER, L.C.M; BERTUSSI, D.C; MERHY, E.E, 2016, p. 68)

A análise de situações traçadoras permite ao pesquisador examinar o modo como as práticas do cuidado são realizadas, apoiando-se nas narrativas e prontuários produzidos pelas equipes de saúde. Trata-se de uma técnica que prioriza a produção simbólica dos atores do cuidado através de suas narrativas e escrita em prontuários.

A análise de casos traçadores permite, portanto, avaliar o processo de trabalho e gestão: a construção do cuidado, a dinâmica da equipe, os tipos de tecnologias utilizadas, a relação com o usuário e o cuidador, a relação da Atenção Domiciliar com outros serviços de saúde eventualmente necessários para a prestação do cuidado adequado, os problemas, os fatores decisivos para os bons resultados (...). (Idem, ibidem)

O critério da alta complexidade foi central para a escolha do usuário-guia de cada CAPSi. Em todos os quatro CAPSi foram escolhidos casos que permitiram colocar em análise a relação da equipe com a demanda de tratamento, o sofrimento do usuário em contraponto ao diagnóstico psiquiátrico, a função clínica e política dos CAPSi frente à demanda apresentada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as próprias famílias.

O conceito de representações sociais se mostra importante nessa investigação por expressar, a partir de narrativas, o discurso contemporâneo dos atores que compõem uma coletividade em relação ao tema em questão, o sofrimento psíquico.

Articulamos a estratégia do caso traçador ao conceito de representações sociais, em função da propriedade simbólica das narrativas produzidas nos grupos focais, produzidas através da construção e transmissão da experiência da equipe de saúde mental com a realidade sensível de seus usuários. Desse modo, se o caso traçador prioriza a produção simbólica dos atores do cuidado, de modo complementar, as representações sociais são expressas pelas narrativas oriundas de suas percepções.

Conforme afirma Minayo (2008, p. 219), as representações sociais são:

(...) uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais, são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. As percepções são consideradas consensualmente, por todas as correntes de pensamento, como parte da construção da realidade.

Podemos depreender dessa observação que as representações sociais constituem e expressam uma forma de pensamento social vinculado às experiências tanto individuais quanto coletivas e ideológicas. Considerar as representações sociais como categoria no interior do que é narrado pelas equipes de saúde mental é fundamental, pois elas não expressam necessariamente os conteúdos das ideias conscientes, estão muito mais em acordo com a construção coletiva de subjetividades. Elas constituem e expressam “a naturalização de modos de fazer, pensar e sentir habituais que se reproduzem e se modificam a partir das estruturas e das relações coletivas e de grupos (MINAYO, 2008, p. 237).

Assim, por seus aspectos ilusórios, contraditórios e verdadeiros, as representações sociais podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social, e, também, para a ação pedagógica e política de transformação, pois retratam e refratam a realidade. Nesse contexto, a palavra livremente falada comparece como o principal instrumento de acesso às construções coletivas, uma vez que porta a característica de transmitir o repertório das

posições ideológicas de uma sociedade através das formas discursivas. Nas palavras de Bakhtin: “A palavra é o fenômeno ideológico por excelência. A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social” (BAKHTIN, 1986, p. 36 apud MINAYO, 2008, p.238).

Considerando o que foi acima exposto, investigaremos a gestão do sofrimento psíquico na infância e adolescência, no cenário da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro, a partir de um caso clínico eleito pela equipe em reunião de supervisão. Os casos foram eleitos em função de sua complexidade, revelada pelo cadastro no serviço há pelo menos dois (2) anos, por tratar-se de caso que envolva a maioria dos profissionais do serviço e pela exigência da rede intersetorial de cuidados. Para tanto, utilizaremos a metodologia de pesquisa qualitativa, com a técnica de grupo focal.

A entrevista, tomada em seu sentido mais amplo de comunicação verbal, é também uma importante técnica de coleta de informações, além de se mostrar como a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Avaliamos a entrevista semiestruturada, suporte do grupo focal, como modalidade de pesquisa eleita para a nossa investigação por reunir aspectos que favorecem a moldura de uma conversa livre, porém orientada pelo tema em questão e por um roteiro realizado pela pesquisadora (MINAYO, 2008).

Na fase de análise de dados, de acordo com Minayo (2008), é frequente que o pesquisador se depare com três obstáculos:

- 1º) Uma certa ilusão de transparência em que os dados se mostrariam a uma interpretação espontânea. Essa ilusão pode ser mais intensa para o pesquisador que possui uma familiaridade com o tema.
- 2º) A ilusão de que os métodos e técnicas trarão as respostas a tal ponto de esquecer da fidedignidade à compreensão do material e referida às relações sociais dinâmicas.
- 3º) A articulação dos dados empíricos ao campo teórico.

A análise dos dados empíricos deve cumprir a três finalidades:

- a) Responder às perguntas e pressupostos da pesquisa;
- b) Ultrapassar as interpretações imediatas em busca da compreensão de significados e de estruturas relevantes latentes;
- c) Integrar as descobertas, esclarecendo a lógica interna subjacente às falas, aos comportamentos e às relações.

Destarte, conclui Minayo (2008) que a análise do material qualitativo possui três finalidades complementares dentro da proposta de investigação social:

- a) Finalidade heurística;
- b) Finalidade de administrar as provas;
- c) Finalidade de ampliar a compreensão de contextos culturais, ultrapassando-se o nível espontâneo das mensagens.

Para a análise dos dados, consideramos a técnica da Análise do discurso como importante instrumento para a pesquisa em saúde, tendo em vista que inclui, para essa avaliação, as condicionantes históricas e contextuais no processo do discurso. Conforme observam Macedo et al. (2008, p. 655):

A pesquisa em saúde aproximou-se de diferentes áreas, tais como as ciências sociais e humanas, para produzir conhecimento sobre os fenômenos de saúde, percebidos ou vivenciados por meio da análise do discurso dos sujeitos. A importância desta produção para os estudiosos da área é a possibilidade de se compreender o discurso individual e coletivo, histórico e socialmente determinado, evidenciando elementos que permitam redirecionar as práticas sanitárias.

O tema da validade e da verificação da pesquisa se coloca de modo frequente para as pesquisas qualitativas, e a questão se apresenta com relativa frequência da seguinte forma: “Até que ponto o investigador conseguiu compreender a lógica interna do grupo estudado ou dos textos analisados?” (MINAYO, 2008, p. 373). As pesquisas científicas devem apresentar os critérios de coerência interna, consistência teórica, originalidade quanto ao tema e objetivação (Idem, *ibidem*). Assim como visto em Silva (2007), destacamos o termo “objetivação” em lugar de “objetividade”, tendo em vista a impossibilidade de alcançá-la como índice da condição de neutralidade do pesquisador.

A objetivação está articulada ao reconhecimento da impossibilidade do ideal positivista de neutralidade, mas se orienta pela interação entre a teoria, o método e a criatividade do pesquisador frente ao objeto da pesquisa (Idem, p. 374). Nas palavras de Minayo: “O princípio de *objetivação* sugere também a crença na necessidade permanente de um diálogo crítico entre o investigador e seu objeto, sabendo que ambos compartilham a mesma condição histórica e os mesmos recursos teóricos” (2008, p. 375).

A pesquisa qualitativa reconhece a necessidade da fidedignidade de uma investigação, mas, também, está atenta aos limites relacionais entre pesquisador e objeto. Não é possível o isolamento do objeto, nem mesmo em pesquisas quantitativas, pois o aspecto relacional entre o pesquisador e seu objeto produz uma terceira coisa que já não é neutra. A respeito da relação entre objeto e pesquisador, a professora Minayo observa:

O reconhecimento da construção do objeto como tarefa humana, histórica, solidária, complexa, aproximativa, descontínua e inacabada também diz respeito à construção do sujeito. O pesquisador das questões da saúde não está fora da realidade que investiga. O real que ele conhece é o que ele realiza, e sua objetividade é uma construção que se dialetiza no processo de objetivação e subjetivação. Não somente o objeto é por ele construído, mas ele próprio se constrói no labor da pesquisa. (MINAYO, 2008, p. 387)

Como pesquisadora nativa, atuante no campo há 17 anos, em função dessa pesquisa me desloquei da condição de gestora de um CAPSi, desempenhei a função de Apoio Técnico de Saúde Mental na mesma coordenadoria regional do referido CAPSi e, atualmente estou licenciada da SMS para que seja possível a conclusão desta pesquisa. Deste modo, desenvolvemos esta investigação no âmbito da Saúde Coletiva por reconhecer nesse campo o espaço privilegiado de discussão para um tema de relevância para as políticas públicas de Saúde Mental Infantojuvenil.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (parecer nº 5.720.796) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (CAAE: 59968922.5.3001.5279)

4.2. Objetivo geral

Investigar a gestão do sofrimento psíquico na infância e adolescência no cenário dos CAPSi do município do Rio de Janeiro por oposição a “transtorno mental”.

4.3. Objetivos Específicos

Envolvem analisar os enunciados discursivos e as representações relacionadas às noções de sofrimento social, transtorno mental e sofrimento psíquico na narrativa dos atores do cuidado à infância e juventude, e pesquisar o modo como a noção de transtorno mental em oposição ao sofrimento psíquico, comparece nas práticas do cuidado no campo da saúde mental.

4.4. Escutando as equipes dos CAPSi

4.4.1. CAPSi A

O grupo focal foi composto por nove (9) participantes, sendo um (1) musicoterapeuta, quatro (4) psicólogos, um (1) enfermeiro e três (3) técnicos de enfermagem.

Caso Luiz, 15 anos (atualmente), chegou ao CAPSi em 2017 por encaminhamento do setor jurídico. Luiz reside com o pai, que sofre com o alcoolismo, e um (1) irmão em uma comunidade descrita pela equipe como violenta. A família é oriunda de Brasília e veio para o Rio de Janeiro em busca de melhores chances de trabalho algum tempo após ser abandonada pela esposa do senhor Edson e mãe dos meninos. No Rio de Janeiro, o senhor Edson, teve seu quadro de alcoolismo agravado, o que gerou dificuldades em conseguir e se manter em um emprego fixo. De acordo com o relato da equipe, a família sobrevive das esmolas que Luiz pede na rua. Atividade que o menino nomeia como “trabalho”.

Ao chegar para atendimento o menino contava dez (10) anos de idade, estava fora da escola; apresentava dificuldade de relacionamento com os outros jovens; já havia posto fogo na escola; apresentava comportamento pueril para sua idade, dores de cabeça e agitação. Recebeu da equipe o diagnóstico F70 (Retardo Mental – CID 10).

O relato do caso pelo grupo focal destaca a “fidelidade” do menino ao pai, apesar de sofrer violência doméstica. Luiz apanha do pai, que ainda usa seu dinheiro da venda de balas em sinais de trânsito, com mulheres. Luiz tem fortes dores de cabeça, insônia e agitação psicomotora, o que dificulta sua permanência em atividades que exijam concentração como as atividades escolares e, até mesmo, as oficinas do CAPSi.

Em determinado momento do acompanhamento, que já dura três (3) anos, Luiz se colocou em risco, dormindo na rua, num lugar ao lado do CAPSi, se dando a ver por quem passasse. Sofrendo a fragilidade de garantias de direitos – fora da escola, em situação de vulnerabilidade alimentar e dormindo na rua – o CAPSi indicou o abrigo em instituição da Assistência Social. Apesar de neste lugar o adolescente ter cama, chuveiro aquecido e alimentação, não suportou a saudade até mesmo da “água gelada” do chuveiro da própria casa.

Ao longo da apresentação do caso, a equipe teve vários momentos de discordância quanto ao processo de cuidado de Luiz, revelado pela questão do abrigo que para

alguns era uma institucionalização, para outros era cuidado, e ainda, havia a identificação da intensividade do cuidado (frequência diária ao CAPSi) à institucionalização do jovem. Esse fato foi confrontado por um dos membros do grupo que considerou importante diferenciar a instituição da institucionalização – processo de apagamento das singularidades do sujeito.

Relato do grupo focal

A técnica de referência (TR) inicia a apresentação do caso traçador:

uma criança de 10 anos, isso, e o irmão dele tinha 8. Com o Edson, pai... Ele vem já com, assim, com o calhamaço da Justiça, porque ele já tinha passado por algumas instâncias e vem encaminhado, assim, com encaminhamento pra tudo: pra benefício, pra moradia, pra neurologia, pra médico pra ... todas as coisas ...CRAS, CREAS...Tudo, né, e o CAPI é uma delas. Atendimento psiquiátrico... Pra tudo.

Luiz já havia passado por um abrigo, no Rio de Janeiro, onde ficou durante algum tempo:

Pesquisadora: O motivo do encaminhamento?

T.R: Avaliação, né... e tratamento. É... porque ele já tinha passado inclusive por um abrigo, lá no Alto da Boa Vista, um abrigo que eu nem conheço bem ele já tinha passado lá um tempo e... já tinha ficado no... já tinha saído, já tinha fugido, já tinha dado trabalho, né, e já tinham entendido que tinha que ser uma coisa que envolvesse a família, né, e aí o juiz também reconheceu que tinha uma dificuldade de moradia precária e tal, e aí já foi com esse encaminhamento, assim, todo... e logo, assim, aí o pai chega muito ansioso, é... percebi que era uma coisa delicada, tava na primeira vez. Fiz questão de atender logo. Atendi junto com o residente, e de acolher e de ouvir com calma, e já dar, assim, né, um acolhimento mais... (T.R)

E segue a descrição da primeira entrevista com o pai, o senhor Edson:

Ele traz que o menino é muito difícil, que bota fogo nas coisas, que foge, que... que... ele fala muito da situação difícil de moradia deles, é... reclama muito. E insiste muito que ele quer um remédio pro filho, que precisa de um neurologista, porque ele bate, que ele não fala coisa com coisa, que ele não consegue aprender, né, que ele tinha parado numa certa série e que ele não conseguia mais ir pra escola, não conseguia mais aprender, e que ele, na idade dele, né, ele não fazia isso, e... e assim ele chega... tinha uma coisa também dele ter colocado fogo na casa.(TR)

Neste momento outro participante do grupo diz não ter conhecimento da história anterior à chegada do menino ao CAPSi. E complementa dizendo que no início “ele se colocava nesse lugar dessa pessoa que quer ajuda. Ele tem muito essa coisa de ter posto já fogo, de...”. Frente à dubiedade do pronome pessoal (ele) e para melhor esclarecer, a pesquisadora pergunta: “mas quem se coloca nesse lugar, pedindo ajuda?”. O participante responde: “O pai”. Notamos aí o início de uma confusão, que se repete ao

longo do grupo em vários momentos, quanto ao sofrimento e pedido de ajuda do pai (senhor Edson) e do filho (Luiz).

Frente ao relato da equipe focalizando muito a demanda de tratamento no discurso trazido pelo pai e pela instituição Jurídica, a pesquisadora questiona sobre o lugar de Luiz nessa demanda. “E o Luiz, o que ele diz?”. Reposta da TR: “O Luiz, é... também. É... no primeiro momento, ele é um menino, que demanda bastante atenção... mas, assim, ele não traz, assim um sofrimento... ele não mostra tanto, essa coisa que o pai fala... não aparece de imediato tão forte”. Dois participantes (A e B) complementam:

Participante/B: Na verdade ele vem colado na fala do pai, né. Ele reproduz e vem...

Participante /A: O comportamento do pai ...

Participante /B: ... fazendo todo... o que o pai diz, ele vem repetindo, né? Inclusive as frases que o pai usa, as palavras que o pai usa...”. Aparece, já nesse primeiro momento um início e discordâncias internas da equipe, reiterada pela seguinte colocação: “Mas nesse início, ele era mais aberto em cobrar coisas do pai, por exemplo. Ele não era... ele não era tão mentiroso, ele não era tão demandante, é... no sentido de que, é... "Não... não vou cobrar nada do meu pai, vocês é que têm que resolver", né? Ele não tinha tanto essa posição, né? É...”

Uma das participantes chama atenção para uma característica do menino: a autonomia precoce.

E me parece que o que me chamava atenção, eu lembro dessa reunião que você levou o caso, era essa autonomia pra uma criança pequena. Ele já circulava muito sozinho, ele andava de ônibus, e aí o pai não conseguia muito esse contorno, né? Ele já tinha uma vivência...

-...tinha uma autonomia precoce, assim, na rua. E acho que outra coisa que acho que também é importante ressaltar é que acho que eles vêm de outro estado, eles moram em Brasília.

Todo esse acesso também tinha um pouco essa busca de uma construção de um lugar, de uma vida aqui no Rio de Janeiro que já tinha tido dificuldades lá em... lá em Brasília, a história com a mãe, depois eu passo pra vocês comentarem. Mas do Luiz, o que eu me lembro, era um pouco isso, de a gente pensava que era uma criança que já tinha uma coisa... Isso vai depois fazer sentido no caso com a rua, com uma certa circulação, entrava nos ônibus e ia, e depois reaparecia e tal. (Participante/C)

A partir desse momento, o TR associa a posição subjetiva precocemente autônoma do menino ao abandono materno precoce: “É porque ele, lá em Brasília, né, ele... ele teve essa coisa que ele... a mãe, no início tavam juntos, até que a mãe/ eles se separaram, ele ficou com a mãe, até que a mãe entrega ele pro pai e vai embora, assim, abandona, né, assim.” (TR).

É destacado pelo participante/A o período em que Luiz morou em Brasília e sua fala é complementada pelo Participante/D, que ressalta a idealização de Luiz e do senhor

Edson quanto a esse período: “Naquela época era bom”. Ao que o TR complementa com as dificuldades atravessadas pela família em Brasília.

É, mas o pai fala também das agruras, né, que eles viviam, é... de casa em casa, é... sempre muito precário, não tinha... a mãe abandonou, ele fala, né, com essa... ressalta isso, o impacto que isso teve, e que aí ele foi criar os meninos dele e o Leo sempre foi esse menino que dava muito trabalho, que botava fogo nas/ no armazém lá na fazenda não sei das quantas...
 (...) e aí ele ficava em risco, ele se sentia ameaçado pelos outros que ficavam com raiva do filho dele, e aí ia mudando de casa em casa, porque sempre ficavam com raiva do filho, porque o filho sempre criava uma quizumba, né?

A fala traz a confusão da equipe entre as figuras do pai e do filho: “e ai ele (Luiz) ficava em risco, ele (Edson) se sentia ameaçado pelos outros que ficavam com raiva do filho dele...”. A pesquisadora insiste na questão: “E ele (Luiz) foi encaminhado pra cá com qual objetivo?”. Uma contradição aparece:

Ele veio sozinho, por conta própria, porque ele queria, na verdade, uma das coisas que ele queria era o tal do benefício, né? Ele achava que, aqui no Rio de Janeiro, ele ia conseguir um apoio, porque...

Pesquisadora: Ele quem?

TR: O pai. É muito forte falar do Edson. Acho que ele queria um exame... Um laudo...Um laudo, mas também um exame... “Tem que fazer um exame” ... que desse um diagnóstico que dissesse o que o filho dele tem. Ele tinha isso muito forte, assim: "Eu preciso saber, eu preciso de um exame, eu preciso de uma consulta". E isso ficou percorreu anos, assim, tipo, de uma demanda incessante que hoje se modificou, né, tem menos demanda dele, o que não é tão bom, de participação, enfim... mas ele tinha muito isso... Um exame neurológico..."Eu preciso de um exame pra saber o que meu filho tem", "Ele tem um problema de cabeça", "Ele tem um problema de cabeça, e aí eu preciso de um exame, de um laudo e de um remédio". Esse pacote, né? Isso.

E... assim, e tudo o que eu tentava, é... colher, então vamo/ a gente precisa conhecer, precisa saber como é a vida, a gente precisa saber como são as relações de casa... tudo isso, né, que a gente... eu fui tentando me aproximar e encontrava muita resistência, muita rejeição e muita raiva, né, assim, ele... ele não gostava, né, dessa posição de ter que falar, de como é que ele lida com o filho... de fazer uma simples pergunta, aquilo, pra ele, era perda de tempo. Ele já ia ficando muito impaciente com aquilo. E reclamava: "Mas, afinal, cadê o médico pra fazer o exame da cabeça do meu filho? Porque ele tem um problema. Eu tou falando que ele tem um problema, ele é muito nervoso. E ele foge, e... e nenhum remédio dá. Eu preciso de um remédio...", sabe? Era, assim, uma coisa sempre que voltava pra esse refrão aí. (TR)

Então, apesar de o pai chegar ao CAPSi portando um encaminhamento do setor jurídico, o TR parece interpretar como uma demanda livre do pai.

A Participante F acrescenta que no início “ele”, referindo-se ao senhor Edson, era frequente no CAPSi, procurando construir vínculo com a equipe de referência. Surpresa e percebendo mais uma contradição interna da equipe, a pesquisadora questiona: “o senhor Edson?”. Resposta:

Participante/D: O Edson. Muito. E, assim, eu não sei em que ponto isso se perdeu, porque e... ele... ele era atuante, ele era mais presente.
 Pesquisadora: Mas como assim "se perdeu"? O que houve?

Um membro do grupo destaca que o caso é dividido em dois momentos. É a Participante/D, continua:

É, se perdeu, assim, dessa descontinuidade, desse/ dessa falta de investimento. Eu acho de alguma co/ eu não sei, mas assim, eu me lembro de um pai vindo, mesmo com todas essas questões, mas ele vinha, assim, mesmo com todos os trabalhos que cê tá falando aí que cê apontava, mas ele vinha ao CAPSi, vinha com o Bruno, que é o irmão. E o Bruno, ele é, realmente, aquele... aquele jovem, aquela criança mais tranquilos, parece que até o Bruno faz aquele papel de cuidar do pai, né?

A equipe se atém em falar do modo como o pai se aproxima e se afasta do CASPi e parece buscar localizar o sofrimento que mobiliza ou paralisa o pai de Luiz na adesão ao tratamento. Participante/D, psicólogo, destaca:

Mas teve um momento do... dos atendimentos do pai, assim, que o pai percebe, e foi meio que um cair de fichas, assim, de que tinha alguma coisa no atendimento do Luiz, que envolvia muita coisa, e envolve ainda, que ele ia ter que se implicar... e aí ele pula fora.

O TR faz eco ao argumento da falta de adesão do pai ao tratamento de Luiz. A equipe de modo geral, parece ter dificuldade de abordar o caso de Luiz através do próprio Luiz. Em muitos momentos a pergunta direcionada sobre a noção de sofrimento foi respondida com uma vinheta sobre o pai e sua dificuldade de adesão, dificuldade de se “implicar” no tratamento. Conforme segue a fala de TR:

Sempre quando tinha alguma coisa que ele tem que se implicar... Então, assim: "Ah, você veio hoje? Então tá, então você vem de novo semana que vem pra gente continuar...", aí já não vinha, né? "Ah, então você quer um atendimento com o psiquiatra? Pro psiquiatra conhecer... porque pra tomar um remédio, né, o psiquiatra também tem que conhecer". Aí já não vinha. É impressionante, a gente oferecia o médico...

(...)

Oferecia o tratamento, e aí ele faltava, né, e aí, assim, e aí depois ele reclamava e ficava furioso que ele não tinha ganhado tal remédio, tal exame. A gente faz um percurso, porque, realmente, tinha uma época que o Luiz, ele... ele se queixava, de fato de dores de cabeça, né, e aí a gente ficava tentando... a dor de cabeça é uma coisa que tem que investigar, né? Aí a gente conseguiu parcerias, aí, com clínicos que fizeram exames e tal, e nada aparecia, assim, de físico, né? Agora, a gente podia entender que podia tá com uma desnutrição, podia tá com uma falta de sono, provavelmente ele morava num lugar muito insalubre mora, ainda no mesmo lugar...

Pesquisadora: onde ele mora?

(...)

TR: numa comunidade, assim, muito, muito, muito precária com saneamento, né, sabe, quase zero. Não tem banheiro dentro de casa, quase não tem água corrente, uma mosquitada, uma coisa, assim...

A partir do grupo focal sobre a noção de sofrimento, alguns membros da equipe começam a elaborar hipóteses, questionamentos sobre o caso clínico eleito por eles.

Parece que o grupo focal deu a oportunidade aos membros da equipe que puderam participar de falar e se surpreender com o caso traçador.

Participante/C: Mas talvez, eu tô pensando agora, que esse próprio sintoma da dor de cabeça... tou pensando isso agora com vocês, né, na fala da Aline, tem um processo de identificação muito forte, assim. É uma coisa que é um nó... um nó e um desvio nesse tratamento...

TR: O jeito que o pai o pinta, ele se mostra.

Participante/C: Um cuidava do outro... aspas mil, né, também é desse cuidado, muita violência doméstica, é bem complexo. Mas, talvez, inclusive, tenha muito a ver, né? O próprio Luiz fazer sintomas na cabeça de dor de cabeça, que o pai dele queria o exame. Assim, foi meio que embolado isso até 2019, 2020, essa... Depois falem mais, porque acho que isso é importantíssimo nesse caso. Uma relação muito...

A equipe associa o tema sofrimento ao abandono materno. A partir disso, os integrantes do grupo focal tentam diferenciar as noções de sofrimento psíquico e sofrimento social. Participante/E:

É... eu fiquei pensando um tempo, pensando no sofrimento psíquico, né, porque a história do Luiz, é... acontece... acontece muitas coisas que, em mim, pelo menos, me causa o sofrimento de assistir esse tipo de coisa, né. Essas questões sociais de fome, de moradia... Isso é um sofrimento social, né, pra além da pessoa, né.

Outro participante dá anuência à sua fala com um “sim”, e o Participante/E continua:

E o que eu percebo no Luiz, que o sofrimento dele começa com o abandono da mãe, né? Pra mim, isso é mais claro, assim... E o pai, percebo... percebo que o pai é uma pessoa adoecida, né, conforme o agravamento dele, o sofrimento do Luiz vai aumentando, porque tem essa lealdade com o pai, e o pai, com todas as dificuldades dele se mantém ali presente, né, diferente da mãe, que se retirou e não teve notícias.

Se sucederam relatos muito voltados para o sofrimento do pai do paciente em questão e a pesquisadora questiona: “O pai tem transtorno mental?”, e é respondida: “Problema de uso com álcool”. Além disso o TR percebe muita angústia e sofrimento do pai ao não ter definido um diagnóstico para o filho:

TR: o Luiz não tinha um diagnóstico claro, era justamente essa angústia, essa coisa que o pai falava, dessa dor, e que era muito difícil, e que ele fugia, e que ele botava fogo, e que ele mentia, e que ele tinha botado fogo no Lorenzo Jorge [hospital municipal], que foi ele que botou ((risos)), as coisas mais... assim, sempre... que trazia problema, que ele tinha pego a bicicleta, que ...: "Não aguento mais esse menino".

O grupo revela que inicialmente não avaliavam que Luiz tivesse indicação para o CAPSi, mas parece que foi a condição de vulnerabilidade social do caso o que deu lugar ao caso no CApi. Conforme segue:

Participante/D: a gente via um pai que tinha uma série de dificuldades, é... principalmente em relação a... a... à segurança econômica, assim...

Em seguida diferentes membros anuíram: [dificuldades] “sociais”: “era um filho [Luiz] que não obedecia, era isso, assim.”. Em seguida a interpretação do participante D sobre o que fez o CAPSi reconhecer que o caso teria indicação para um dispositivo de saúde mental:

Participante/ D: Mas o que prendeu a gente é que o caso já tinha passado por centenas de lugares... (Conselho Tutelar o tempo todo), porque ele fugia, **ficava na rua direto**.

TR: A vulnerabilidade.

Participante/ D: Você tem uma dinâmica social muito... muito complexa, uma **vulnerabilidade social** enorme, é... essa dinâmica familiar é uma dinâmica familiar que não ajuda o caso, pelo contrário, ela só desdobra em coisas muito nefastas, é... problema, problema, problema. E aí a gente foi... o menino não tinha um diagnóstico, né, em lugar nenhum tinha diagnóstico, quando chegou lá pra gente, o diagnóstico que a gente fez foi de um menino, assim, muito arteiro, que tinha/ sentia falta da mãe, tava **desterritorializado** também, porque (despertou) essa história de Brasília, Brasília... é... e esse menino talvez respondesse a isso dessa forma muito...

À vulnerabilidade social é associada a condição de saúde mental do pai como indicadora do caso ao CAPSi. Aqui, claramente é o sofrimento psíquico do pai que é interpretado como expondo o filho ao sofrimento social. Conforme segue:

Participante/ F: Mas eu acho que também, o que fez, além da vulnerabilidade, acho que foi o Edson, assim, eu acho que ele era muito grave, ainda é, né, mas, assim, o... o Seu Edson dava muito trabalho pra gente.

E aí hoje vendo o que, né... assim, no segundo momento, mas pensando... o segundo fazendo pensar no primeiro, tinha uma concretude no Seu Edigar. Até nessa coisa do... do... do laudo, de pedir, que não saía disso, assim. Surgiram coisas, tinha uma transferência muito grande com a TR, mas não era sem isso, assim. Ele, até hoje, não conseguiu sair disso, assim, um pouco isso que a TR tava dizendo, assim, de: "Vamo tentar alguma coisa, vou te implicar nisso", né, a partir da demanda que vem ali, vamo construir algum trabalho. A demanda não saía, era sempre aquilo ali, uma concretude, assim, e se não fosse com aquilo acho que não... não... não tinha muito trabalho.

Questionados sobre os motivos que levaram à escolha desse caso como traçador, a Participante/ C, responde:

Ser um **menino solto**, muito solto, na verdade, desde pequeno, e essa questão dessa relação neste caso é uma coisa importante, porque a gente ficou um tempo, e até hoje é, pensando o que seria acessar coisas sociais, vamos chamar assim um pouco, no campo social, sem produzir uma **institucionalização**, sem uma **perda familiar** e a gente ficou patinando nisso, porque e... o garoto patina ainda nisso, saindo e voltando pro **abrigo**, em que sentido? É... ele, ao mesmo todo esse tempo, eu acho que eu, acho que sempre enquanto estratégia de atenção psicossocial, por isso a escolha, desse caso, o CAPS sempre foi muito importante nesse sentido, (por isso que) a gente fala: "Não era um lugar ali", assim, né. A coisa mais tradicional, no sentido dali, mas que tinha um...algo que sempre nos colocou nesse caso e nunca tirou. Mas eu acho que essa questão que ela tá traz... juntando, é um ponto muito fundamental desse caso,

porque foi depois do momento que a gente foi compreendendo que, com ele, e aí precisou ser com ele...Então também é um caso que foi ressignificando a ideia do abrigo para ele. Hoje ele tá... ele tá no abrigo, entrando e saindo, e tendo uma experiência nova nesse sentido.

A pesquisadora questiona se o menino pediu para ser abrigado e um dos membros interpreta a passagem em que Luiz dorme na rua ao lado do CAPSi como um pedido de abrigo. O participante C do grupo diz: “Na minha opinião, ele cavou aquele primeiro abrigo, que ele nunca tinha vivido”.

Um dos membros destaca as discordâncias da equipe em relação à condução do caso e é possível perceber que isso está associado à interpretação quanto à presença de sofrimento psíquico no menino. Esse aspecto nos parece confuso na narrativa dos profissionais, circulando entre as figuras do pai e do filho de modo indiscriminado. É como se Luiz não tivesse presença para a equipe sem o discurso do pai.

Participante/D: O caso teve momentos, assim, onde parte da equipe pensava uma coisa, parte da equipe pensava outra... Porque como, é... a gente tinha que decidir um tratamento pra um menino que não se responsabilizava, porque é um menino, mas ele pode ser responsabilizado de alguma coisa, a gente até contava com isso, mas era um menino muito fujão, que é o papel dele de paciente, ok, e a gente não tinha o pai. Isso mais pra agora, né, não mais pra frente.

Participante/ G: Não tinha um pai, no caso, presente nem saudável.

Questionada sobre o que entende pela noção de sofrimento, à luz do caso traçador, a participante responde:

Participante/ E: Eu tava pensando justamente nisso, porque eu entendo que no caso do Luiz especificamente, assim, o sofrimento psíquico, o sofrimento, né, genuíno dele é, de fato, esse abandono, que se inicia lá com a mãe. Uma demanda de... de afeto, de amor, assim, né, que aí é o que ele recebe do pai dentro das condições que o pai tem. Porque aí o pai também tem seu próprio sofrimento... O seu próprio abandono. ..que impede de dar a estrutura que o Luiz precisaria, né? E... e aí nisso já se... vai se desenvolvendo em outros tipos de sofrimento que, no meu entendimento, entra esse sofrimento social, que causa essa... essa interrogação, assim. Em mim já causou algumas vezes, e eu vejo que na equipe, né, de... “É pra abrigar, não é pra abrigar”, porque se você pensa no sofrimento psíquico, na questão do... do abandono, é... se a gente abriga, a gente tira do pai dele, que é, justamente, a pessoa que ele tem, o pai e o irmão. por mais precária que seja a condição de vida, é o pai que tá ali com ele, não abandonou, né? O pai dele não abandonou ele.

[...]

Participante/ E: Então a gente questionava isso, né, então não abrigar, deixar ele naquela condição. Só que, ao mesmo tempo, é o pai que não abandonou, mas também **não consegue matricular na escola**, não consegue, é... **dar condições de que ele se alimente corretamente-**

Participante/ D: Pelo contrário, explora. **Explora, bate**. Então ficava essa... ficava essa... esse questionamento, né, de... quando que um sofrimento é maior do que o outro, né? De quando que esses sofrimentos se misturam.

Participante E: É exatamente.

Pesquisadora: “A questão não é nem quando um é maior que o outro, né, mas como se localizam as diferenças, né?”.

Participante /C: Eu tenho um pouco a impressão. Eu tou pensando isso também aqui, né, porque aqui é uma pergunta interessante nesse caso, né? De... me faz pensar um pouco que até a gente sofrer socialmente, a gente existir e sofrer, a gente só tem uma condição no mundo, assim, né? Eu acho que isso, o processo de sofrimento do Luiz, vamos chamar assim, ele foi subjetivado no trabalho com o Luiz, porque o que este garoto foi vivendo desde muito pequeno era uma... uma... uma... uma/ um certo negacionismo, inclusive, da possibilidade de sofrer. Uma impossibilidade, porque ele tinha que se virar...Sim...É... ele tinha que criar um... uma certa força, uma certa resiliência ali, né, que a gente pode explicar um pouco por identificação do pai, um pouco por... pelos determinantes sociais que também a própria pobreza te vai endurecendo, né, cê vai criando linhas de fuga. Mas eu acho que, por muito tempo, inclusive, essa... essa impossibilidade desse garoto sofrer ficou muito atrás do pai, assim, ficou muito... ficou escondida atrás dessa coisa, desse bloco, dessa dupla que a gente via: Luiz e Seu Edson.

Neste momento, a própria integrante interpreta o estado de apagamento do sofrimento de Luiz:

[...] o caso começa a modificar quando a gente vai ajudando o Luiz a subjetivar um pouco mais essas experiências e que ele vai podendo sofrer, né? Porque sofrer é algo que nos mobiliza que nos caminha pra mudança, que nos faz alguma coisa que... né? Alienação, negacionismo... sabe? Isso vai deixando a gente num/ no mesmo lugar. Então o que que eu tou dizendo claramente? Por exemplo, aquela cena que a assistente social falava coisas pra ele muito importante, que eu jamais teria coragem de dizer pra ele ((risos)), e ela dizia assim que ele dizia assim: “Mas e aí...”, ela falava: “O que você vai ser da sua vida?” “O que vai acontecer com você?” “Que que vai...?”. E ele vai andando no processo, e ele começa a chorar... chorar, sofrer... aí é um sofrimento mais digno de qualquer sujeito, né, chorar é um direito, sofrer é um direito, deveria ser, mas não é pra todo mundo, né? Eu acho que esse... esse menino, quando ele vive isso, que ele começa um processo mais subjetivo, algumas coisas começam a se modificar. Do que que ele vai podendo escolher, o que que ele não vai podendo escolher. Por que ele foi pra frente, por que ele voltou pra trás... Mas acho que por muito tempo ele ficou... impedido de sofrer, eu arriscaria um pouco isso assim, sabe? Meio que tendo que se virar. Tanto que ele fala, né, do... do... da experiência da rua uma experiência de trabalho, ele fala do/ né da relação com o pai... Assim, parece, né... “Meu pai me bate...”, mas parece que não... que não **angústia** ele, né? Então eu acho que quando ele começa... me parece, né, que a gente começa a mostrar, por exemplo, pra ele, que estar em uma oficina fazendo o é também te colocar em relação com outros meninos, quando ele... ele chega nos meninos e fala: “Ah, os meninos me batem”, os meninos falam: “Eles te batem? Quem te bate? Como assim?”, que a gente começa a colocar isso um pouco mais em... sei lá, num trabalho aí que a gente pode chamar, ele pode sofrer mais, parece até que pra você sofrer, você precisa ter um lugar no mundo, né, assim?

Pesquisadora: Precisa ter o quê?

Participante/C: Um lugar... você precisa ser um sujeito pra sofrer, se não, você não pode nem sofrer.

Neste CAPSi o sofrimento psíquico comparece nessa fala, em sua versão de progresso na posição de um sujeito em relação à sua identidade, subjetividade. O sofrimento psíquico aparece como ato digno de um sujeito que reconhece sua condição social.

4.4.2. CAPSi B:

Grupo focal composto por quatro (4) profissionais: dois (2) psicólogos, um (1) assistente social e um (1) cuidador em saúde.

Caso Pierre, 17 anos, encaminhado pelo setor de assistência social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). De acordo com o relatório de encaminhamento do CREAS, Pierre apresenta “insônia, comportamento agitado, risos imotivados e dificuldade de relacionamento na escola ocasionando várias transferências de escola e de turma”. No CAPSi, inicialmente recebeu o diagnóstico de F90 (Transtornos Hipercinéticos - CID 10), que se somou ao G40 (Epilepsia) preexistente. Posteriormente o diagnóstico de F90 foi revisto e passou a vigorar o F20 (Esquizofrenia).

No momento de sua chegada ao CAPSi encontrava-se com matrícula ativa na rede de educação, embora causasse muita confusão no ambiente institucional em função do que era nomeado como “agitação”. Cabe destacar que em grupo focal a equipe identifica o diagnóstico inicial de Pierre como F70 (Retardo Mental) e, foi apenas através do prontuário que nos deparamos com o diagnóstico inicial F90.

Pierre é o terceiro de quatro filhos e a mãe cometera suicídio ateando fogo ao próprio corpo após desentendimento com o marido. Essa cena foi presenciada pelos filhos, que passaram a viver sob a guarda da avó. Questionado pelo profissional de referência se ele sabia o motivo de seu tratamento no CAPSi, Pierre responde ser “por causa de sua mãe”, fazendo nítida referência aos efeitos do suicídio materno sobre ele.

Ainda no início do acompanhamento, a avó estranhou o que viu ao chegar no CAPSi, o que teve expressão ao dizer que o CAPSi não era lugar para seu neto, que “não é louco... é sem vergonha”. A isso se seguem muitas faltas ao tratamento culminando no desligamento de Pierre após dois anos de tentativas de aproximação da equipe. Em seguida ao desligamento, Pierre foi reencaminhado, desta vez pelo setor educação, com a demanda de produção de laudo em saúde mental para que Pierre tivesse direito à classe especial. De acordo com a diretora da escola, Pierre tem a cognição preservada, no entanto seu comportamento o prejudica no desempenho escolar.

Chama a atenção de todos – escola, CREAS e equipe do CAPSi – a aguda habilidade manual e artística de Pierre, que desenha, faz dobraduras, crochê, pinta, escreve letras de funk etc. Durante o grupo focal, os profissionais relatam que em função dessas habilidades, seu diagnóstico de retardo mental foi posteriormente questionado e substituído por F20, conforme a CID10. Destacamos que no prontuário do caso não consta o diagnóstico de retardo mental, mas “Transtorno hiperkinético” (F90). O equívoco ou ato falho do grupo de profissionais, parece revelar algo da relação da equipe ao associar dificuldades no laço social com retardo mental na infância e adolescência. O caso é reconhecido pela equipe do CAPSi como tendo indicação ao acompanhamento em atenção psicossocial em função de sua “vulnerabilidade social” (SIC⁴³).

Ao longo do grupo focal, surgiram discordâncias quanto ao diagnóstico de “retardo mental importante”, que na realidade não existia; discordância quanto à localização do sofrimento em Pierre, em detrimento de Ana, sua avó. Quanto a essa questão, o profissional expande a noção do individual ao coletivo familiar de Pierre e destaca o sofrimento da senhora Ana, já idosa e doente, e à frente dos cuidados com o neto.

Há, ainda, a discordância externa ao CAPSi e que diz respeito ao modo como os equipamentos intersetoriais lidam com o caso. Para todos os profissionais do grupo, o sofrimento de Pierre não é reconhecido pela ampla rede de atenção psicossocial (RAPS), apenas seu atual uso de drogas ilícitas. A partir desse momento, aparece no caso a demanda de internação psiquiátrica veiculada pelos equipamentos de saúde e assistência social. Para os profissionais do CAPSi, a hipótese de transtorno mental é uma justificativa da rede intersetorial de cuidados para encaminhar Pierre ao CAPSi, transferindo a responsabilidade do caso, que deve ser compartilhado entre os serviços que compõem os intersetores.

Relato do Grupo Focal:

O Técnico de Referência (TR) apresenta o caso a partir do primeiro atendimento realizado no serviço. Informa que à época ocupava uma função de nível médio, e que Pierre chegou ao CAPSi por encaminhamento da escola, com solicitação de avaliação psiquiátrica e psicológica. Tal informação parece ser um ato falho, pois há dois cadastros

⁴³ Segundo informações colhidas (SIC).

de Pierre no CAPSi, o primeiro encaminhado pela assistência social e o segundo pelo setor de educação, conforme relato do TR.

A queixa inicial era de **comportamento inadequado**, é... agressivo, apresenta insônia, comportamento agitado, risos desmotivados, dificuldade de relacionamento na escola, é... várias transferências de escola e turma, né. Ele passou por várias escolas. Quando o Pierre começava a apresentar um comportamento que ali a escola tava dizendo que tava **fora do padrão**, ele era convidado a se retirar do colégio.

Seu encaminhamento em nada faz referência ao sofrimento, seja psíquico ou social. A princípio parece unicamente tratar-se de ajustar o comportamento de Pierre ao funcionamento social, veiculado pelo setor de assistência social e escolar.

Um dos membros do grupo solicita fazer um complemento à história do encaminhamento de Pierre ao CAPSi:

E até comparado com os outros casos que a gente recebe do CAPSi, né... Esse tipo de demanda, por mais que tenha sido em 2014, é muito comum a gente receber até hoje, com essa queixa da escola, com essa orientação, né, com essas características, e que não necessariamente são casos graves, né, que são casos que se desenvolvem (pra uma gravidade) aí, mas... (Participante/ R)

O profissional de referência prossegue confirmando a fala anterior:

Que, na realidade, foi o que aconteceu. Não era um caso que a gente diria que era um caso grave, mas se tornou, acho que por conta disso tudo, né. Acho que a escola tem esse lugar, né, que o aluno tem que se enquadrar naquelas diretrizes que a escola determina, né, o aluno chega na sala de aula e tem que ficar sentado ali até dar a hora do recreio, descer, brincar da forma que eles acham que tem que brincar, almoçar do jeito que eles acham que tem que almoçar, retornar pra sala... e o Pierre **fugia um pouco disso**, né. (TR)

Neste momento um dos participantes considera importante destacar que Pierre tem um retardo mental importante, o que faz aparecerem discordâncias quanto ao diagnóstico.

Ele tem um **retardo importante**, o que faz com que ele tenha muita dificuldade na escola, em aprender, de conseguir entender... porém, tem um trabalho muito grande que foi feito com o Pierre desde essa época que é um trabalho com artesanato... (Participante/ I)

O participante A argumenta em favor de Pierre quanto a sua condição cognitiva: “Ele é muito talentoso”. O Técnico de Referência retoma a palavra para explicar o encaminhamento ao CAPSi, narrando a cena do suicídio da mãe de Pierre:

Mas acho que tem alguma coisa que a gente tem que falar também um pouco antes, né, da/ dessa... que eu acho que é importante também, o que fez que a escola começasse esse movimento. Porque o Pierre, ele... acho que com cinco ou seis anos de idade, a mãe tinha um relacionamento que tinha acabado de ter uma bebê, que tinha menos de um ano de idade, e era um relacionamento muito abusivo, né, e aí, ela já tinha outros filhos de outros relacionamentos, todos de pais diferentes, e aí, nessa ocasião, ela briga com o companheiro atual, que era o pai da filha mais nova. E estava a filha mais nova, o Pierre e mais um filho

dentro de casa, e o marido, né, o atual marido. E aí eles brigaram, e aí ela ameaçou a pôr fogo no corpo, **atear fogo no corpo**, e ele saiu e deixou ela em casa, e ela pôs fogo no corpo, e aí ela, quando viu que o corpo tava em chamas, ela tentou correr pro quintal e pedir ajuda, porque eles moravam num quintal familiar...

(...)

E aí ela acaba, né, tentando sair. Ela não conseguiu abrir a porta, a mãe dela, Ana, né, que é a avó do Pierre, que cuida dele até hoje, ela ouviu esses barulhos, esse... batida de porta de ferro, só que ela dizia que ela achava que era **briga** deles, e como é uma coisa muito comum, ela falou assim: "**Não vou me meter**", e aí quando ela sai, porque aquilo não parava, e as crianças começaram a gritar, a filha cai no chão no terreno deles lá em chamas, e aí eles começam a tentar... e aí parece que ela foi pro hospital, ficou ainda um tempo, né... mas acabou falecendo.

Preocupado com a questão da circulação do sofrimento pela família de Pierre o participante D, complementa:

Ela [Ana/avó] fala que a intenção da filha não era se matar, que ela falava disso toda vez que brigava com ele, né, e dizia que ia tacar fogo no corpo, e aí o que a Ana diz é que ela tacou o álcool no corpo e tava ameaçando que ia acender o fogo e em algum momento acende, mas ela diz que a filha não tinha essa intenção, assim. Acho que, ouvindo o Técnico de Referência também, diz muito do que acontece, da construção que ela faz, que... porque ela não tava na hora então que isso aconteceu, né, mas é o que fica pra Ana, e acho que isso é... diz de como a Ana foi construindo a relação dela com o Pierre, a partir disso...

A chegada de Pierre ao CAPSi é marcada por estranhamento tanto por parte de sua avó quanto do próprio Pierre, ao se depararem com o coletivo clínico. Imediatamente a avó declara que aquele lugar não é para seu neto e Pierre, por sua vez, pergunta: “Eu sou especial?”. O TR lhe retorna a pergunta: “O que é ser especial?”. Ele responde: “doentinhos... são meninos doentinhos”. Durante os atendimentos, Pierre falava da perda da mãe:

e ele vinha falando da mãe, né, **da falta** que ele sentia dela, né, ele tem uma tatuagem que ele fez o nome da mãe no braço, e a vó fica muito chateada, né, porque assim, a mãe fez aquilo tudo né, porque a leitura que a gente fez depois foi essa, né: "A mãe fez o que fez, quem cuida dele sou eu, e agora ele põe o nome da mãe no braço", né? (TR)

A equipe interpreta a posição da avó como uma “perversidade” em relação ao neto ao não reconhecer o sofrimento de Pierre pela perda da mãe. E desse lugar, nomeia o afeto do neto como “safadeza” e se irrita com a equipe por não apoiá-la nessa posição.

(...) a Ana bota ele [Pierre] nesse lugar, assim, de... que a gente não diria que é uma corresponsabilidade, só uma responsabilização. Acho que eu entendo a Ana ... [ele tem] uma solicitação de que a gente também veja o Pierre dessa mesma forma, porque a partir do momento em que a gente vê o Pierre desse lugar, né, dessa perversidade de que[m] tá fazendo com intenção, a gente consegue então acho que atender às expectativas que a Ana tem. (Participante/D)

E o mesmo participante faz uma análise ampliando a localização do sofrimento para além do paciente do CAPSi. Faz considerações importantes quanto à relação da interpretação da equipe sobre Ana, como sendo responsável pelos sintomas de agressividade de Pierre. Como se Pierre fosse apenas efeito da má gestão do cuidado de sua avó. Esse participante (D), inclui a avó de Pierre como alguém que sofre além de poder provocar o sofrimento do neto.

Eu acho que o **Pierre sofre**, eu acho que a Ana sofre, né, eu acho que os irmãos também, mas eu acho que o sofrimento deles, talvez, tenham construções diferentes, assim, sabe? Mas, eu digo disso, eu acho que é sempre muito importante perguntar, porque quando eu entro no caso mais recente, que eu acho que tem toda uma história antes da minha chegada, mas a Ana é colocada num lugar, agora, de uma pessoa que inclusive não possibilita que o Pierre seja cuidado, que a gravidade do Pierre é responsabilidade dela, e ela é uma senhora, assim, sabe, com limitações inclusive físicas hoje, né? E aí não tem como olhar pra Ana hoje... eu acho que o Pierre se encontra num lugar muito mais **vulnerabilizado**, porque depende dela enquanto cuidadora. (Participante/ D)

A partir da dependência de ser cuidado pela avó, já idosa e com prejuízos motores decorrentes do processo de envelhecimento, todo o grupo converge para o tema da autonomia de Pierre. Os membros consideram que houve perda de autonomia em função da epilepsia, com aumento da frequência diária de convulsões, chegando a oito convulsões por dia. O que fragilizou sua saúde física, impedindo Pierre, até mesmo, de sair de casa.

Eu acho que ele **perde a autonomia**, porque a **rede de apoio dele tá muito reduzida**. Aí, eu acho que é isso, né, autonomia... eu entendo, quanto... uma rede, quanto mais ampliada você tem, mais autonomia você tem, né. Você tem muito mais pontos de apoio. (Participante /D)

Eu acho que o Pierre também tem uma coisa, assim, que é **a falta da noção de comorbidade...** Ele... ele fala: "Eu não sou maluco, né, pra estar no CAPS. Eu não tenho outros... outras questões de saúde, então não preciso nem tomar medicação, (Participante/ R)

Pierre tem alguns tios e primos acometidos por epilepsia e que usam maconha e essas pessoas disseram a Pierre que a maconha faz diminuir a frequência das convulsões. Pierre então interrompe o uso das medicações dizendo não ser louco para usar aqueles remédios. Interrompe também o acompanhamento no CAPSi e CREAS.

A pesquisadora retoma a questão sobre o motivo da indicação de Pierre ao acompanhamento no CAPSi:

Participante/D: Acho que é pela **vulnerabilidade** que já se apresentava.

Pesquisadora: Que vulnerabilidade?

TR: Essa vó dizendo que tinha uma dificuldade de fato de tomar conta dele, né, que ela já vinha apresentando alguns problemas clínicos de saúde, né, enfim, e isso foi se agravando, e ela dizer: "Olha, não dá pra eu ir pro CAPSI toda semana...", é... "Eu não tenho/ eu não consigo... E os irmãos? Tem os irmãos. Ele tem irmão mais velho, ele tem irmão que trabalha com moto taxi. Não, mas não dá...", então, assim, tinha algo que a gente percebia que aquela família precisava de um **cuidado**, até porque, pra ele poder ter/ permanecer na escola, tinha ali algo que ele **precisava estar em algum lugar em acompanhamento**. E aí a gente fez, né, o PTS do Pierre, que era o atendimento com a vó, né, esses contatos com a escola, a gente fazia reunião com o colégio, é... o Pierre participava de oficinas aqui, porque ele tem muita habilidade manual, ele gosta muito de artesanato. Então o Pierre sabe tocar violão, o Pierre sabe fazer crochê, é... é... qualquer coisa que você coloque na mão dele, ele transforma em algo bacana.

A equipe segue falando das habilidades de Pierre, que produziu o próprio instrumento para se auto tatuar – tatuou o nome da mãe –, fez uma arma, uma imitação de fuzil que atirava elástico... Diante desse relato, a pesquisadora questionou o diagnóstico, dando espaço para discordâncias e novas questões do caso. Além da epilepsia e do transtorno mental, aparece o uso de drogas e o preconceito dentro do próprio campo da saúde contra o usuário de drogas.

Pesquisadora: E ele tem esse diagnóstico de retardo?

Participante/ D: Então, eu... eu não concordo com o **diagnóstico de retardo**, pro Pierre.

Participante/ I: Talvez já tenha sido, mas hoje, eu acho que...

Participante /D: Ele não é, assim...

Pesquisadora: O diagnóstico psiquiátrico aparece com um grau de importância?

Participante /D: Não. Eu acho que pro caso do Pierre, hoje, na rede, o que aparece com **grau de importância é o uso da droga**. Esse uso aparece tanto quando...

Participante /I: **O Pierre é reduzido...**

Participante/ D: A isso.

Participante /R: -... a isso.

Participante/ I: Eu não vou nem dizer usuário de drogas, ao uso de drogas...-

Participante D: Não...

Participante /I: -... porque alguns profissionais, inclusive da rede, colocam como **“viciado”**.

Participante/ D: É, “viciado”.

A pesquisadora retoma o tema do diagnóstico de Pierre, considerando a discordância anterior e a questão do uso de drogas.

Pesquisadora: Aqui no CAPSi, ele tem um diagnóstico?

TODOS: Tem.

Pesquisadora: Qual?

Participante/ D: Foi um diagnóstico que eu acho que a gente construiu ao longo dessa história, mas também muito recente, assim, né, que de fato se fecha um diagnóstico. O Carlos, que é o psiquiatra mais antigo aqui na unidade... o único também, né?!

TODOS: É.

Participante/ D: ... entra no caso. Ele foi uma figura importante também de a gente conseguir introduzir ele em algumas discussões. E aí hoje, o diagnóstico do Pierre é que ele é **esquizofrênico, F20**. Que é um transtorno mental, né?

Participante/ I: O dele é 20. É... esquizofrenia... tem um relatório médico aqui.

Participante/ D: Nós construímos isso já nesse processo de tentativa de internação clínica dele.

Participante/ I: Sim.

Participante/ D: Foi aí que a gente constrói esse relatório.

Participante/ I: É, **F20 de esquizofrenia, mais F19** que é **transtorno mental e de comportamento devido ao uso de múltiplas substâncias mais G40**.

Participante/ D: G40...

Participante/ I: Que é epilepsia. Tá?

Pesquisadora: Mas o G40, ele já tinha?!

Participante/ D: Ele já tinha.

Pesquisadora: Os diagnósticos psiquiátricos foram elaborados pela equipe?

Participante/ D: É, F20 e F19.

Participante/I: Exatamente

Pesquisadora: E tem diagnóstico situacional?

Participante/A: Ah, tem...

Participante/R: Escrito não.

Pesquisadora: Uns... Uma parte fez: "Uhum" e a outra acenou que não.

Participante/I: Então, tem, mas a gente não tem isso no relatório.

Pesquisadora: Formalizado...

Participante/ I: Exatamente.

Discordância:

Participante/ D: Não, eu tenho um... isso construído no prontuário eletrônico, assim, né. Eu não sei se atende, né, essa sua pergunta. Eu não sei se tá tão amplo quanto hoje eu considero, mas isso, eu acho que eu consigo produzir isso a partir das aproximações com a clínica, né, e das VD's que se tornaram mais regulares, assim. Eu acho que nesse momento eu... eu tava aqui o tempo inteiro instigando o participante I, né, porque tem um momento, que é anterior à minha chegada, que pra mim é muito significativo pro caso do Pierre, acho que além do que o TR conseguiu trazer também, que eu achei muito importante, até pra gente revisitar o caso, né, que é o momento em que o Pierre precisou ser abrigado, assim, e aí o Pierre ficou... assim. E aí eu acho que o participante I dizer desse momento, a equipe poder dizer desse momento...

Pesquisadora: Ele chegou a ser abrigado?

Participante/ D: Sim.

Instigado pelo colega, o participante relata o episódio de 2020, quando Pierre se encontra ausente do acompanhamento do CAPSi. Ele teve uma convulsão na rua e foi conduzido ao hospital pelo SAMU. Lá o Conselho Tutelar é acionado e Pierre volta para a casa da avó, onde o adolescente revela estar usando drogas. Morador de território violento, Pierre aparentemente corre riscos de vida e sua avó solicita internação psiquiátrica como estratégia para retirá-lo do território. O pedido é respondido pelo Conselho Tutelar com o abrigamento de Pierre. Neste momento, o CAPSi solicita internação clínica para investigar a epilepsia.

Participante/ I: Durante... durante a pandemia, assim, o Pierre, ele meio que dá uma sumida, tem uma crise epiléptica na rua, com essa crise epiléptica na rua, é acionado o Conselho Tutelar, porque ele é menor, e o SAMU, né, pra entender por que esse **menino tava na rua**, o que tá acontecendo, cadê é a família dele, quem que é, quem que é esse menino. O Pierre tava com 15 anos, isso é ano passado.

Participante/ D: Ano retrasado.

Participante/ I: Foi ano retrasado? Por aí.

Participante/ D: Foi lá no início da pandemia.

Participante/ TR: É, 2020. Em agosto, mais ou menos, por aí.

Participante/ I: E aí o Pierre vai pro Hospital, pra cuidar da parte clínica, certo? E... depois, ele vai pro...

PARTICIPANTE TR: Vai pra casa, e de casa a vó começa a falar desse uso de drogas, que ele tá, é...

Participante/ I: Pro Conselho...

Participante/TR: ... muito **vulnerável** no território. É agressivo. O Conselheiro, por conta... ele encaminha o Pierre pra Central Carioca, né, e o Pierre, ele é abrigado no Celly Campello.

Diante de tantas queixas sobre o adolescente, a pesquisadora verbaliza:

Pesquisadora: Tem muitas queixas sobre o Pierre, né? Alguém do próprio serviço escuta algo do campo do sofrimento com respeito a Pierre? Ou isso não se apresenta?

Participante/D: Essa pergunta é muito maravilhosa, assim, né, porque eu lembro de, na última discussão... Falar que a gente sabe do Pierre por outras pessoas, e não pelo Pierre. Mas eu acho que nesse momento, desde a minha entrada no caso, é isso... Acho que é importante dizer que o CAPSi, é... hoje tem um lugar de conseguir sustentar espaços de discussões com essa rede, é... que o tempo inteiro tá ali se colocando pra **internar** o Pierre no hospício.

Pesquisadora: Por que?

Participante/ D: Porque eles entendem que essa questão **AD, é uma questão pro hospital psiquiátrico**. Eu acho que é falta de entendimento mesmo do que se propõe a reforma, do que se propõe a atenção psicossocial, do que a gente tanto sustenta, né, que é o cuidado em liberdade, do CAPSI não sustentar, do CAPSI não investir, mas que também eu acho que tem as limitações de cada serviço, né, é uma equipe que tá sempre mudando, que tá sempre reduzida... Eu acho que tem muitos atravessamentos, mas eu acho que é isso, eu acho que o CAPSI vem, ao longo desses anos, inclusive conseguindo sustentar que o Pierre seja lembrado por esses serviços... que esses serviços precisem, né, se debruçar sobre o caso, mesmo que seja num contraponto ao nosso, mas tão ali, mesmo que seja, né, num... numa disputa de narrativa, de posicionamento, mas tão ali. E eu acho que sustentar essa rede também é importante.

Em outro momento, os participantes R e I abordam as demandas de Pierre ao CAPSi. Destacam que o adolescente não declara sofrer, apenas encaminha demandas.

Participante /R: Aí, o que eu queria falar era justamente isso. O vínculo, ele é tão grande com o CAPS, que no primeiro momento que ele vem aqui, que eu o vejo aqui, eu atendo ele com o Participante/ I, e ele fala das demandas dele, e as demandas dele não são demandas ali de um espaço de...

Participante/ I: De escuta... De oficina...

Participante/ R: ...de escuta, ele não traz essa questão do sofrimento. Ele fala de coisas que ele quer fazer.

Pesquisadora: **Não traz sofrimento?**

Participante/ R: **Não traz, assim... A gente consegue perceber, mas ele não traz na fala dele**. Então ele fala: "Ah, eu quero um espaço pra jogar bola... Eu gosto de jogar bola... Eu quero tá em outros lugares", né?! Isso no auge da pandemia, né, a gente não tinha nem aonde buscar essas atividades pra ele naquele momento. Tanto que eu e o Participante/I, a gente vira e fala assim: "Cê quer buscar algum lugar?", ele tava até almoçando, tava até irritado, falando assim: "Eu quero fazer as coisas, minha vó não deixa também", né. E aí a gente vira pra ele e diz assim: "Cê quer, então? A gente pode procurar alguns lugares com você. Cê topa ir aqui no Clube do bairro com a gente? Pra gente ver o que que tem disponível lá? Mas, olha, talvez não tenha coisas funcionando, porque a gente tá numa pandemia, tá tudo fechado, cê tá vendo, tá todo mundo aqui de máscara, as salas todas abertas", né. Aí a gente falou isso pra ele. Aí nessa hora, ele levanta, com um olhar até meio sério, assim, e vem andando na minha direção, eu pensei: "Pronto, eu vou apanhar", e aí ele me dá um abraço, e fala: "Obrigado, tio, eu quero... eu quero achar esses lugares", sabe? A gente vai com ele, chega lá, realmente não tá tendo atividade, a gente conversa com ele... Mas nessa caminhada a gente foi andando com ele lá e voltou. Mas nessa caminhada, ele vai me mostrando, assim desse potencial e das coisas que ele quer. **Não fala desse sofrimento, mas fala disso**. E aí os outros momentos que eu vou vendo o Pierre aqui no CAPSI, são muito assim, né, de ele vir **buscando, querendo vir conversar** com o participante I, ainda num momento mais..., né, é... suscetível, né... de ele trazendo outras demandas, de ele falando: "Poxa, eu vim aqui, porque o participante I.. eu queria que o participante I me encaminhasse pro dentista, eu quero colocar aparelho", né...

Nesse longo relato, a equipe mostra localizar o sofrimento psíquico como efeito da vulnerabilidade social, identificada à pobreza, violência do território, preconceito

contra o uso de drogas, falta de garantia de direitos, enfim, as diversas modalidades de vulnerabilidade social. A narrativa desse grupo focal parece revelar que o CAPSi está a serviço do cuidado dos efeitos sociais produzidas pela atual política de inspiração neoliberal. Desse modo, a equipe parece orientar o cuidado pela postura mais empática quanto à vulnerabilidade representada pela pobreza, violência, doença e desamparo materno. A questão técnica da escuta a Pierre parece ficar secundarizada, conforme relato da Participante/D ao afirmar “a gente sabe do Pierre por outras pessoas, e não pelo Pierre”.

4.4.3. CAPSi C

Grupo focal composto por cinco (5) profissionais: um (1) pedagogo, três (3) psicólogos, um (1) assistente social.

Caso Davi, atualmente conta 18 anos de idade. Iniciou o acompanhamento pelo CAPSi C aos 12 anos de idade, no ano de 2017.

É o pai quem se dirige ao CAPSi, portando um encaminhamento do Conselho Tutelar após o filho ter “posto fogo” na escola onde estudava. Conforme relato do prontuário, no item queixa principal:

Ele come escondido. Ele pegava coisas, roubava na casa dos outros. Colocou fogo na escola. Ele fica falando sozinho. Se deixar, fica no escuro sozinho. Fica longe das pessoas, mas se dá muito bem com amigos. Vibra sozinho quando joga bola. Quando botou fogo na escola se escondeu debaixo da mesa.
(PRONTUÁRIO/QUEIXA PRINCIPAL)

Ao chegar ao CAPSi Davi, já fazia uso de medicação psiquiátrica, mas o pai não soube especificar qual medicação. Descreveu como “comprimido que tem que cortar no meio”, não lembrava o nome. Davi havia feito tratamento de saúde mental por dois anos, na Clínica da Família de referência, mas o havia interrompido a cinco ou seis anos.

De acordo com o pai, senhor João, Davi iniciou acompanhamento aos cinco anos de idade com médico e psicólogo, e o tratamento durou um ano. À época Davi foi acompanhado porque apresentava comportamento agitado, fugia de casa, brigava e apresentou alteração no eletroencefalograma. Entretanto, o pai não lembra o que dizia o resultado do exame.

O pai relatou, ainda, que a mãe de Davi fez uso de loló e maconha durante a gestação do menino, que nasceu a termo, de parto normal e aparentemente sem complicações. Quando Davi tinha um ano de idade, sua mãe o deixou na porta da casa do

pai – “jogou Davi do meu portão”. O senhor João diz que procurou a mãe de Davi, mas ela não queria mais o filho, “já estava com outro cara”. Relata que a mãe de Davi, senhora Mônica, o deixou em seu portão para ir a um baile funk, pois não havia com quem deixá-lo. O menino estava com sarna nessa época.

Davi foi criado pela tia e por seu pai. No entanto, ao engravidar, sua tia desistiu de se ocupar dos cuidados com Davi. A partir desse momento Davi inicia uma carreira de abrigamentos, tendo somado oito ao todo.

O pai nunca falou sobre a mãe de Davi com ele. O menino soube quem era sua mãe quando uma tia apontou para ela e disse: “Aquela é a sua mãe que te abandonou”.

Em dezembro de 2020 Davi estava em uso dos medicamentos: Risperidona 2 mg, 1 comprimido/manhã. Neste momento, de acordo com o relato médico no prontuário: “Davi está mais calmo, menos falante, mais dócil”. Em dezembro de 2021, Davi tem o esquema medicamentoso atualizado: risperidona 2 mg, dois comprimidos à noite; ácido valpróico 500 mg, 1 comprimido à noite. Em janeiro de 2021 a prescrição foi mantida.

Em fevereiro do mesmo ano Davi foi para a Central Carioca de Recepção. À época o projeto terapêutico singular tinha modalidade intensiva, visando construção e manutenção da rede intersetorial nos territórios estratégicos por onde Davi circula e busca familiares; e, elaboração junto a Davi e sua rede de cuidados, de um plano de autonomia, considerando sua maioridade no ano de 2022.

Davi foi diagnosticado inicialmente com F98 (Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência). Atualmente: F34 (Transtorno do Humor Persistente não especificado). Sua história é marcada por grande número de abrigamentos, tendo passado pela maioria das unidades de reinserção social do município do RJ.

O projeto terapêutico singular “inicialmente era propor atendimento a um menino abandonado” (fala de profissional psicólogo). O CAPSi C se comprometeu em ser, ao menos, o único lugar/relação estável na história de Davi, o adolescente se sente mais “cuidado” quando abrigado na Central Carioca por tratar-se de equipamento de “portas fechadas”. Ainda que o funcionamento dessa instituição proíba saídas não planejadas. O objetivo do tratamento, de acordo com a equipe era promover o deslocamento do lugar do “não lugar”, “trabalhar com as sequelas que a história de vida lhe trouxe”, “elaboração psíquica”, “conseguir fazer luto do abandono presente em sua história para encontrar alternativas”. Objetivos que têm origem na história social do usuário. Objetivo que

converge com a leitura do sofrimento como expressão das experiências do sujeito em sua relação com os aspectos sociais.

À época do grupo focal, dezembro/2022, Davi estava preso em hospital penal, após participar de um assalto, dois dias após completar a maioridade (dezoito anos). A equipe interpreta seu trabalho como uma construção de lugar para Davi no coletivo da RAPS. Entretanto, o profissional identifica uma individualização dos sintomas de Davi pela RAPS, lançando o rapaz numa solidão, desamparo.

Um dos profissionais chama a atenção para o traço racial do rapaz, que é negro e que é o mais “retinto” da família. Há a hipótese de que ele tenha sido rejeitado em função de sua característica racial, por ter o tom da pele mais escuro do que os outros membros da família.

Relato do Grupo Focal:

O grupo focal inicia com a equipe apresentando o caso. Em suas palavras:

Participante/CS: A gente recebeu Davi em porta de entrada, é... eu não vou me lembrar exatamente o ano... Ele tinha 12 anos e ele veio é... com uma queixa, ele tinha botado fogo na escola, e... a gente sentiu imediatamente ser um caso com uma complexidade, né, a família não o queria... tinha uma parte da família que ele conseguia se relacionar, uma parte não queria saber dele, ele já tinha sido expulso mais de uma vez de escola, nessa ele tinha colocado fogo...E a gente foi tentar ver e...começamos a ver que tinha algo mais do que simplesmente desobedecer ou não gostar da escola, enfim..., não era exatamente isso, né?

Pesquisadora: Ele é encaminhado por onde?

Participante/CS: Ele chegou encaminhado pela escola, uma escola que era no Morro X. É... foi recebido por uma... uma residente, uma especializanda, aliás, e depois a gente entende que era um caso com uma especialidade maior e aí outras pessoas da equipe foram se envolvendo.

Participante I: Então, essa vez que ele veio, como a Participante CS falou... a gente foi entendendo aos poucos que tinha uma complexidade muito grande. Esse menino, hoje um rapaz, né? Esse menino tinha sido abandonado pela mãe aos 4 meses, na porta da casa do pai, e aí, o pai... a avó ou bisavó começa a criá-lo, mas ela logo falece, fica essa guarda compartilhada entre o pai e a tia paterna, mas, é... a gente foi vendo que, a partir de um momento, os dois não sustentam essa guarda. A tia paterna, que tinha um sonho muito grande de ter filhos e não tinha, ela engravida, então, nesse momento, ela não precisa mais, ela diz isso, né, de alguma forma, e começa a **não querer mais cuidar, e o pai diz que não sustenta, não dá conta**, enfim... e aí eles levam o Davi pela primeira vez pra um abrigo. Ele é abrigado...

Pesquisadora: Com que idade?

Participante/I: Acho que em torno... em torno de mesmo de 12, 13 anos... por aí. E aí...

Questionados sobre o início do tratamento, outro participante resgata a chegada de Davi ao CAPSi e sua carreira de abrigamentos:

Participante/F: Pela conta eu estimo 2017[data do início do tratamento]. Se eu não me engano, ele chegou no final do ano. Aí, tem algum período que ele tá em **acolhimento**, aí ele vai pra guarda com... com... com o pai e a tia...

Participante/I: Ele volta pro... é.

Participante/F: É, aí esse período que ele fica com o pai e com a tia, se eu não me engano, é um período que ele não vem ao CAPSi.

Participante/ I: O pai diz que **não tem dinheiro** pra trazê-lo.

Participante/F: E aí, no final do ano seguinte, já com 13, aí ele aparece aqui já em situação de acolhimento.

A equipe se mostra muito mobilizada pelo drama de um menino abandonado pela família, em extrema vulnerabilidade em função do desinteresse da família por ele. A participante I continua narrando a história de Davi, fazendo uma análise de sua posição de identificação, não se vendo como um menino sem família. Além disso, destaca a mudança da equipe do CAPSi. Nesse relato o abrigo comparece como mais um personagem na história de Davi.

Participante/I: Aí o abrigo começa a trazê-lo com mais assiduidade, regularidade, e aí ele começa... a gente começa a trabalhar com ele, na verdade essa equipe que tá aqui hoje falando é basicamente toda nova, a equipe que tava com ele nesse período, de início, não... não tá aqui mais, enfim... E aí tem... é... ele fica... ele **vai pulando de um abrigo pra outro**, é... aí a gente fica conhecendo, entendendo um pouco mais, né? A mãe mora no... nesse Morro X, ela tem um novo companheiro, ela tem mais quatro filhos/ três filhos, além do Davi. Eles estudam na mesma escola que o Davi estudava sempre, nessa que ele taca fogo e é expulso... os irmãos estudavam nessa mesma escola, mas **não podiam interagir com ele** por conta da mãe falar: "Não quero que se metam com ele". A **mãe não falava com ele**, não tinha nenhum contato, nenhum vínculo, não falava, e... e o pai, quando ele vai... começa a ir de fato para o abrigo, o pai também se distancia, não tem uma visita, não tem ..., mas a gente sente, em todos os momentos, assim, constantemente, a gente vê até isso escrito no prontuário escrito pelos outros/ antigas especializadas que atenderam ele, né? Ele nunca se viu um menino de abrigo, ele tem família, ele sabe que tem família, ele conhece a família dele, e ele tem um desejo absurdo de ser querido pela família. Não só de ser cuidado, não só de voltar pra casa da família, mas ele tem um desejo imenso de ser... valorizado por essa família, de ser admirado por essa família, sabe? É... é uma coisa, assim, que ele fala muito sobre isso. Ele se preocupa com a mãe, ele se preocupa com o pai, apesar de... E ao mesmo tempo, ele tem muita dificuldade de falar dele.

A pesquisadora retoma a queixa que originou o encaminhamento: “Mas quando a escola encaminha, o faz sob que queixa?”

Participante/ I: Por conta do **comportamento**.

Participante/R: É uma queixa de comporta/ comportamento, sobre o comportamento dele. Eu acho que, é... Tou te... tou te cortando? Eu acho que toda vez que a gente fez o trabalho com o Davi, tem muito a ver com o trabalho intersetorial, né, com a assistência, principalmente, mas também, depois, quando ele começa a cumprir medidas socioeducativas também com equipamentos da justiça, e toda vez a queixa é muito, é... pensando nessa coisa do sofrimento, quando se faz algum apelo em relação ao caso do Douglas vindo de outras/ atores da rede é sempre uma coisa muito centrada no comportamento. Acho que... pelo menos, eu entrei recentemente no CAPSi C, né sou a pessoa mais nova no caso e no CAPSi C.

Pesquisadora: Comportamento, e que comportamento?

Participante/R: Agressivo, disruptivo, violento...-

Participante/ CS: Transgressor.

Participante/R: Transgressor... impulsivo. E aí desde... desde que eu entrei no CAPSi C, né, eu percebi que, nas reuniões intersetoriais, a gente sempre tinha uma função, assim, de poder dizer que isso era uma **expressão de sofrimento...**

Outro participante inclui uma crítica sobre o modo como os diferentes setores da RAPS abordam o caso, excluindo a subjetividade de Davi e o identificando apenas através de seu comportamento socialmente inadequado.

Participante/F: Porque a sensação que eu tenho é que, pra... pra rede, parece muito mais uma **queixa do comportamento**, né, então é um menino que é **violento...**

Participante/ R: Uma **delinquência**.

Participante/ F: Como uma delinquência, mais pela via da delinquência do que pela via da loucura. Ou mesmo **pela via do sofrimento**, se a gente puder separar, assim... ele poderia estar desorganizado, ele poderia tá mal, ou ele poderia tá sofrendo, mas eu acho que... não vai por aí. A rede fala muito disso, né, fala muito de ele ter que querer ser ajudado, é... “a gente tá querendo ajudar, mas ele não quer”. Eu acho que a gente acabava entrando de querer apontar aqui... isso tava falando do **sofrimento dele...**

Participante/ R: Eu ficava com essa impressão de que a gente tava num lugar assim **de introduzir a dimensão do sofrimento** e tentar forçar algumas leituras assim de "ah... vocês percebem que ele tá mais... tá mais difícil lidar com o Douglas, porque tá chegando o dia das mães...?", a gente fez muitas conversas assim: tá chegando o Natal, tá chegando o aniversário dele, tá chegando o dia dos pais, tá chegando... Nessas datas a coisa...

Participante/ I: O sofrimento ficava muito mais intenso, porque... é isso, era o sonho dele, era que a família o procurasse, que a família o chamasse. É... hoje, né, ele tá numa situação mais difícil ainda e ele sonha com a família indo visitá-lo, ele sonha com a família querendo buscá-lo, querendo ele, né, ele ainda tem esse sonho, ele tá com 18 anos e ele ainda tem muito.

Participante/ CS: Ele sabe que isso é um sonho?

Participante/ I: Mais ou menos, eu acho que algumas vezes altera entre um desejo tão profundo que... que ele acredita que eles podem, em alguns momentos, eu acho que ele acredita que eles podem vir a querê-lo. Mas eu acho que em outros momentos, quando ele consegue tirar toda a defesa e ele consegue colocar o sentimento dele de verdade pra fora, são pouquíssimos momentos, pouquíssimos, muito poucos mesmo, se foram três ou quatro vezes que ele conseguiu falar assim: "É... minha família **não me quer**, eu sou uma droga, **eu sou um lixo, sou eu sozinho mesmo, a vida toda foi assim...**", sabe? Ou então, como semana passada, ele falou pra gente, esta semana, aliás, terça-feira: "É... ninguém veio, ninguém me ligou, ninguém tá nem aí pra mim, se eu morrer ou não dane-se, eu tou deprimido mesmo", tão tem...no momento ele tá numa situação de hospital-penal. E aí ele... ele sai/ e aí ele entra numa certa depressão, assim, ele sofre, né, muito, porque ele vê a realidade.

A pesquisadora retoma a indicação de Davi ao CAPSi com vistas a fazer aparecer a relação entre as noções de sofrimento e transtorno:

Pesquisadora: Retomando pra construir a história clínica dele... Davi chega aos 12, encaminhado pela escola em função de um comportamento dito agressivo: "botou fogo na escola", é isso? Chega ao CAPSi, é... vocês não faziam parte daquela equipe que o recebeu, mas sabem da história dele... Qual o PTS? Se a escola encaminha falando de um comportamento agressivo, o CAPSi assume em função do quê, né? Entre a queixa e a demanda, né, como é que o serviço se posiciona?

Participante/ S: Acho que o PTS... foi mudando, né, acho que não se pode falar de um PTS só. Acho que no começo, o PTS girava em torno de propor atendimento pra ele, entendendo que era um menino que estava sendo abandonado, que a gente entendeu que havia um abandono da família ... a gente já tinha percebido que ele estava como se, assim, sem lugar pra família, a escola não via... via ele como um garoto, é... que desrespeitava regras e ficava muito sem lugar, né, então eu acho que a ideia era, não me lembro claramente do PTS, detalhadamente, como a gente tem hoje. Acho que hoje a gente tem uma ideia mais clara do PTS, mas acho que no começo foi uma coisa, depois isso foi mudando.

A partir desse momento a equipe passa a se questionar sobre o modo como o CAPSi construiu o cuidado no território de referência de Davi. Nota-se muito presente na narrativa dos profissionais a condição de vulnerabilidade social como indutora de desamparo psíquico para Davi, que experimenta essa sensação com a própria família, mas também no CAPSi com a frequente troca de profissionais. Isso pode ser verificado na abordagem da equipe ao PTS configurado com atendimentos realizados por estagiários ou especializando. Profissionais externos ao corpo técnico fixo.

Essa sensação parece circular entre o usuário e os próprios profissionais na medida em que buscam "ajudar" o usuário, mas encontram dificuldades, seja pela organização do serviço, seja pela postura dos equipamentos da rede tendente a excluir o sofrimento psíquico e moralizar o caso, seja pela ausência da própria família de Davi.

Em dado momento do relato, um dos profissionais expressa alegria ao identificar que a mãe de Davi se disponibilizou a ajudar. A postura do profissional fez levantar a questão sobre quem precisaria de ajuda: Davi ou a equipe? Nesse sentido, parece haver uma identificação da equipe técnica de saúde mental à experiência de desamparo de Davi, como no trecho abaixo:

Participante/I: É... essa semana a gente conseguiu conversar muito com a mãe, que foi, assim, eu fiquei superemocionada, superfeliz, porque a gente não tinha conseguido contactar a mãe até hoje. [...] A mãe sempre... **não queria, resistia**, e dessa vez a mãe foi, se emocionou. Assim, é... me pareceu, né, que tá com vontade de ajudar, tá disposta a fazer/refazer o vínculo. Achei isso muito, muito, muito bacana. E ela, inclusive, pediu pra gente ajudar ela a fazer a carteirinha pra ela poder visitar ele lá no hospital penal, isso nunca tinha aparecido. Então a gente tá bem feliz com isso.

Dois dias após o aniversário de 18 anos, Davi participou de um assalto. Inicialmente foi para o sistema presidiário comum e, com a entrada do CAPSi neste momento, Davi foi transferido para um hospital penal. Com isso, tornou-se urgente definir o diagnóstico do jovem para garantir que não voltasse para o regime prisional comum.

Participante/ R: É, e aí entra uma discussão de que, assim, pra psiquiatria clássica, é... seria difícil enquadrar ele, pensar num CID... seria difícil, porque falar, né, em... Ah, é um **caso bipolar**, não tem nada que se abriu como um **episódio depressivo ou um episódio de mania**. Tem momentos em que ele **fica muito exaltado**, e que ele fica falando que ele é o maioral, que ele é o [maioral], que ele... né, que ele fica muito expansivo e tal.

Participante/I: Então, assim, tem essa coisa da **puerilidade**. Porque, assim, a gente pode pensar que um garoto pode ter tido toda essa história terrível, né, e isso ter efeitos pra vida, mas, assim, a forma como ele responde em termos de... de ideias, assim, o que que ele lança pro futuro, o que ele consegue complexificar, assim, em relação a aconteceu uma coisa, e aí dentro dessa coisa, as leituras que ele faz são muito assim: "Ah, me odeiam, eu me odeio...", sem conseguir muito fazer uma relação com a autoridade...

Participante/ I: Na verdade, como a R. falou, a gente retomou essa discussão ...com relação ao diagnóstico, agora, por conta desse processo, porque vai ter um julgamento e a gente precisa enviar um relatório. Nesse relatório, a gente tem que dizer porque que a gente indicou que ele fosse pro hospital... penal. [...] Em vez de tá numa prisão comum. Por que a gente indicou? Porque ele é tratado no serviço de saúde mental, ok, mas ele **tem diagnóstico** então pra ficar no hospital? Porque se ele não tem diagnóstico que o perito concorde que ele precise estar num hospital psiquiátrico, porque é um hospital psiquiátrico, então quem tá no hospital psiquiátrico tem o transtorno mental com o sofrimento psíquico muito intenso. É... então a gente tem que...

Pesquisadora: Tem sofrimento psíquico?

Participante/ I: Não é considerado.

Participante/C: [...] a gente tem que ir pela lei, tem que ir pela lei e pelo **transtorno mental mesmo**. Tem que ter um CID pra que ele seja considerado um paciente tratado num **hospital psiquiátrico**.

A: Eu tou entendendo que a equipe tem se debruçado sobre isso nesse momento, né?

TODOS: Isso, isso.

Participante/C: Foi feita uma reunião e a partir dessa reunião, e aí nessa reunião, a partir de uma troca, entre todo mundo que estava presente. É... é... e aí também com a leitura do prontuário dele, os dados: reações, atitudes... né, dados comportamentais, o psiquiatra concluiu que ele tem uma psicose.

4.4.4. CAPSi D

Grupo focal composto por quatro (3) profissionais: um (1) psicólogo, um (1) médico psiquiatra e um (1) técnico de enfermagem.

Caso Caroline, 16 anos, diagnóstico realizado pelo CAPSi compatível com F71.1 (Retardo Mental Moderado) + F94.9 (Transtorno do Funcionamento Social) da CID10, chegou ao CAPSi por demanda livre da mãe, em junho no ano de 2020. Caroline é gemelar e até os 10 meses de vida ela e seu irmão tiveram complicações de saúde, tendo sido necessária internação hospitalar. Durante esse período, sua mãe, senhora Ana revezava com a avó paterna, Maria, a permanência no hospital.

Aos 10 meses Caroline foi entregue pela avó materna a uma senhora que acabara de perder o neto, no mesmo hospital onde Caroline estava internada. O crime nunca foi denunciado e Caroline só voltou à casa dos pais aos 14 anos, quando começara a apresentar “comportamentos inadequados”.

Caroline reconhece a família biológica chamando os pais por suas funções – pai e mãe. Nesta casa manifesta insônia, agitação e agressividade – os mesmos sintomas que já apareciam na casa da “mãe adotante” e que aparentemente a levaram à desistência e devolução de Caroline. Chama a atenção de Ana os maus-tratos de Caroline ao gato de estimação da família.

A Rede de Atenção Psicossocial já era conhecida pela mãe, pois seu filho mais velho era acompanhado por um CAPSad. Com essa referência, Ana leva a filha para o acompanhamento no CAPSi. Descrição do quadro clínico de Caroline à porta de entrada do CAPSi: “empobrecida, negligenciada”, “empobrecimento cognitivo” (prontuário do caso).

Em pouco tempo Caroline começou a “ir para a rua” e não retornar para a casa dos pais. Em uma dessas vezes foi vista nua na rua. Abordada pela polícia, foi entendido que ela sofrera violência sexual. O Conselho Tutelar foi acionado e Caroline inserida em

Unidade de Reinserção Social (URS) – abrigo institucional – onde permaneceu desde o final do ano de 2020 até fevereiro de 2023.

A equipe relata que Caroline não esboça crítica quanto aos abusos que sofreu no período em que esteve na rua, bem como não apresenta capacidade de julgamento sobre sua própria ação dirigida ao outro, sendo frequentemente agressiva com palavras. Além disso, destaca-se a dificuldade ou “limitação” para construir narrativas e seu estado de “pobre desenvolvimento” é atribuído pela equipe à negligência e falta de acesso a bens básicos. O que para os profissionais do CAPSi é passível de verificação, pois em sua avaliação, Caroline se desenvolveu mental e cognitivamente nos últimos dois anos desde que iniciou acompanhamento no CAPSi.

A narrativa dos profissionais, com destaque para o profissional médico, priorizou a ideia do transtorno mental reconhecido na precariedade do desenvolvimento cognitivo, como efeito da qualidade do aspecto relacional entre o indivíduo e o outro. O pensamento formal nesta visada técnica, aparentemente inspirada na produção teórica de Jean Piaget e Enry Wallon, é a referência para a identificação de um transtorno mental, sendo, portanto, um ideal a ser alcançado. O sofrimento psíquico, estaria ausente no transtorno mental desse tipo, e seria, na verdade, o efeito da conquista de um pensamento lógico formal mais bem estruturado.

Quanto à indicação ao CAPSi, os técnicos identificam um alargamento de sua missão em função da ausência de equipamentos com disponibilidade para a infância e adolescência. Um dos profissionais chega a afirmar que os CAPSi foram criados para atender crianças autistas e, que na atualidade, em função da exígua rede de cuidados para a infância, os CAPSi tomam para si o tratamento da infância de modo indiscriminado em seu território de abrangência.

Quanto à porta de saída, também há dificuldades de compartilhar o cuidado pelo mesmo motivo. As equipes de atenção básica mostram grande dificuldade de absorver essa demanda infantojuvenil e, então “(...) tudo desemboca na saúde mental (sic). A porta de saída só é possível quando a rede se conecta, não necessariamente na saúde”.

Quanto ao diagnóstico, se mostra pouco valorizado pela equipe, que aborda com mais frequência noções ligadas ao campo social, como “vulnerabilidade” por exemplo. Apesar disso, no momento do grupo focal, a adolescente estava em uso de medicação: Risperidona, Ácido Valpróico e Clorpromazina.

Durante a realização do grupo focal, chamou a atenção a ausência de discordância dos membros do grupo em relação ao discurso do profissional médico, exceto quando

para argumentar que não eram realizados encaminhamentos desnecessários ao psiquiatra. Aparentemente é o profissional médico quem produz o diagnóstico psiquiátrico sem questionamento da equipe.

No relato do grupo focal deste caso, consideramos relevante identificar os profissionais por sua categoria e nível, pois isso nos pareceu interferir no modo como cada um se autorizou a narrar o caso a partir de sua perspectiva. E, portanto, qual a categoria de saber se mostra valorizada por essa equipe.

Relato do Grupo Focal:

O caso é apresentado em conjunto pelo grupo focal, iniciando pelo médico da equipe que em seguida é complementado pelo profissional de nível médio, claramente mais a par da história social do caso.

Participante/T(médico): Ela chegou com 14 anos, em 2020, junho de 2020.

Pesquisadora: Encaminhada por onde?

Participante/V (Técnico de enfermagem): Ela veio por demandas espontâneas da família.

Participante/T: Sim, logo depois que a mãe que criou a Caroline até os 14 anos devolveu ela pra família biológica. E ela, nesse processo, tava apresentando uma série de questões **comportamentais**, né, na queixa da família, e por esse motivo procuraram essa unidade de saúde.

Iniciam a relatar a história de Caroline:

Participante/T: Então a história dela é essa: com 10 meses de idade... tava até refrescando aqui na memória, vendo o prontuário, né? Em 10 meses de idade⁴⁴, na maternidade, a família conheceu uma mulher, é... e ela **foi dada** pra essa mulher criar.

Pesquisadora: A brasileira...?

Participante /T: Brasileira, brasileira. É... mas, então foi criada, até os 14 anos de idade, por essa mulher, até que houve essa **devolução**.

Pesquisadora: Ela sabia que era adotada?

Participante/T: É... ela, na verdade... na verdade, ela chegou, é... num **nível de desenvolvimento** muito prejudicado, né? Ela mal conseguia se comunicar verbalmente. É... não se expressava com clareza, tinha uma pronúncia, inclusive, é... muito... muito... **inadequados** os fonemas, deslalia, né, é... não... não aprendeu a ler nem escrever, é... a gente não conseguiu encontrar essa mulher que criou, então a gente **não tinha, na verdade, muito da história dela**. A gente só tinha o que a família biológica trazia, que era muito recente, ela tava há poucos meses, né, com essa família biológica. E a família biológica

⁴⁴ Caroline e o irmão gemelar permaneceram em internação hospitalar desde o nascimento até os 10 meses de idade em função de uma cardiopatia. Isso atualmente não apresenta relevância na saúde de Caroline. Aparentemente não apresenta cardiopatia.

não tinha a menor ideia de como tinha sido antes... foi inclusive por problemas **comportamentais** que a mãe/ **a criadora tava devolvendo.**

Pesquisadora: Que tipo de problema comportamental?

Participante/T: Pois é, isso a Caroline conseguia falar, né, é... ela dizia que batia nos outros filhos dessa mulher, tinha uma **agressividade**, eu me lembro também que na escola tinha relato de agressividade com outras crianças, é... e ela chegou na casa e os pais se queixavam de que ela tava muito agressiva com/ quer dizer, muito **agitada, agressiva com o gato, maltratando o gato** de estimação, é... muito **agitada**, não dormia à noite, é... **muito inquieta, querendo fugir de casa** e, na verdade, ela **não conhecia aquelas pessoas**, né, são a família biológica dela, mas ela não conhecia, ela foi colocada numa... num **ambiente novo, desconhecido**, com pessoas novas, essa família já tinha um filho, também é... um filho mais velho.

Esse irmão mais velho, um rapaz de 19 anos, era paciente de um CAPSad da cidade. Teve várias internações psiquiátricas e faleceu em decorrência de uma overdose de cocaína. Sobre esse rapaz o participante médico diz:

É... parece que um quadro de **esquizofrenia**, né, e além disso era **usuário de drogas, fazia uso abusivo de drogas**. Então ela entrou nessa família e com essas... com essas queixas **comportamentais**. É... a gente viu, né, um **desenvolvimento muito abaixo do esperado** pra idade, né, tanto das... **as habilidades escolares, as habilidades sociais, a comunicação, tudo muito prejudicado**. É... ela parecia, assim, é... é... quase um bichinho, né, no jeito de se... de se colocar, né? Um pouco **retraída** também, mas rapidamente também se **desinibiu**, a gente conseguiu, né, interagir, ela foi recebida por uma residente... e por mim também, fomos os primeiros a ter contato com ela. Aí... ela já tinha sido, inclusive, medicada na clínica de família. Ah, um detalhe também, ela nasceu pré-termo, com sete meses, ela é gêmea... Não sei o que aconteceu com a outra menina, cê sabe?

O participante remete a pergunta a outra profissional, de nível médio, que narra o processo de hospitalização e entrega do bebê (Caroline) para a família da senhora Geisa:

Participante/V: É... ela é gêmea com... um menino. E aí, até inclusive a... a adoção dela se dá no momento em que a mãe revezava o cuidado ali, a... no caso o acompanhamento, né, no hospital com a... com a... a sogra, que é, no caso, a avó por parte de pai, né? E aí, o irmão de Caroline que é o Carlos, que é o gêmeo, tava internado. Os dois nasceram com questões clínicas. Ela tinha uma questão ali de sopra no coração, entre outras... entre outras... é... enfim, teve outras cardiopatias também que depois, conforme ela foi crescendo, parece que melhorou. É... e aí, mas o menino ficou... teve mais sequelas, né, e aí precisou ficar, enfim, em algum... Isso já tinha dez meses e aí, faziam várias internações, parece que hora ela ficava, hora o menino ficava... e assim foi. E aí, quando tava/ eles estavam nessa idade dos 10 meses, a avó revezava com a Ana que é a mãe... da/ que é mãe biológica de Caroline, revezava no hospital. Quando a mãe biológica não estava no hospital e sim a avó paterna cuidando ali do Carlos, conheceu a senhora Geisa que estava lá por conta de uma neta que tava também ali com risco de morte, inclusive veio a falecer, essa criança. E aí essa avó fala: "Não, eu tenho a minha neta, enfim, que é gêmeas... gêmea com esse", não foram exatamente essas as palavras, mas a gente fica ali idealizando que deve ter sido um diálogo mais ou menos parecido, né? E aí, é... combina com o pai de Caroline, senhor Eduardo, que é... **seria o melhor deixar Caroline aos cuidados dessa senhora**, que tinha perdido a neta. Só que isso tudo foi feito sem o consentimento ali da mãe, a mãe não tava sabendo que isso tava acontecendo, né, porque era uma família que são... se eu não me

engano, são seis filhos, não... sete, aí agora o Leonardo faleceu, então são seis filhos. Na ocasião, obviamente, não tinha os mais novos, né?

Diante desse relato, a pesquisadora questiona se isso foi reconhecido como um ato criminoso por Ana, a mãe. O que se segue é uma postura complacente com o ocorrido, sem muito questionar a posição da mãe frente à perda da filha. E, aparentemente a rápida justificativa da inação da mãe por sua frágil condição social. Conforme segue:

Pesquisadora: Não abriram processo?

Participante/V: Não, a família é muito **empobrecida** nesse sentido de buscar, né, coisas assim da justiça...

Pesquisadora: Institucionais.

Participante/V: É muito, é... eles têm muito pouco, né, **conhecimento com relação a isso**. É... e aí ela não sabia, né, o endereço... A gente fica ali numa de que: "Ah, o pai e a avó certamente sabiam de algo", né, mas aí depois desses 14 anos, que é quando a Geisa **devolve** a Caroline, é que elas ficam sabendo, que a mãe fica sabendo onde estavam, que era lá que eles moravam, mas ela não tinha um telefone, ela não tinha o menor...

Pesquisadora: Quer dizer, a mãe de Caroline não sabia onde a filha estava...

Participante/V: Não sabia.

Pesquisadora: ...mas a família sabia onde?

Participante/V: A gente... a gente desconfia que sim, né [...] Só que assim, eles são... realmente, eles têm uma questão social, né, muito grande. Então...

Pesquisadora: O que que você chama de questão social?

Participante/V: Eles **não têm condições**, assim, por exemplo, o pai, é... ele teve uma questão no trabalho e que aí ele precisou ser encostado, né, entre aspas, mas não tem pensão, né, ele recebe um benefício ali desses do Governo, é... auxílio emergencial...

Pesquisadora: Não está oficialmente aposentado?

Participante/V: Não está oficialmente aposentado. E, segundo ele, por conta dessa questão que ele adquiriu aí do trabalho, dessa doença, que eu não sei exatamente o que é, mas ele diz que por conta disso ele **não consegue trabalhar de carteira assinada**, né, e que ele vai fazendo ali **bicos pra sobreviver**. A **mãe também não trabalha de carteira assinada**, então eles **vivem de benefício**, né? A gente... até na Rede foi questionado isso: "Mas como que os dois têm auxílio emergencial?", e aí a gente descobre que foi isso. O pai por essa questão de saúde lá dele, ela (mãe) tinha o Bolsa Família por conta das crianças, né, e aí os dois somavam aí o... essa renda...

O relato inclui a frequente mudança de endereços, o que fez a pesquisadora questionar o retorno de Caroline para a família biológica. Como a senhora Geisa encontrou a família biológica de Caroline?

Participante/V: Então, a gente não sabe como que ela foi parar lá. A mãe de Caaroline fala assim: "Ah, eu orei muito durante 14 anos, eu fiz campanha num

monte, eu botei o nome da minha filha no altar pra que ela voltasse. E aí, um belo dia, a Geisa apareceu na porta da minha casa com a mochilinha e a Caroline. Só que ela falou muitas coisas negativas da minha filha, ela disse: 'Olha, tou aqui, tou entregando, porque eu não aguento mais a sua filha. Agora vocês vão conhecer, porque ela é um demônio.'" Falou exatamente com essas palavras que a Ana (mãe) conta pra gente.

É... por isso que a gente desconfia que o pai e a mãe dele sabiam ali pelo menos...

Emerson, que é o pai de Caroline, e a mãe dele, que foram os que concederam, né, ali... entregaram a Caroline pra... pra Geisa, a gente desconfia que eles sabiam pelo menos uma coisa dessa Geisa, porque é isso, eles são uma **família nômade**, né? Na ocasião, por conta do Leonardo, eles se mudavam muito de casa. O Leonardo tinha crises...

Pesquisadora: O filho que faleceu agora?

Participante/V: Que faz... que faleceu. **Fazia dívidas com o tráfico**, então por vezes **eles tinham que se mudar do território** por conta do **risco** do menino... Então, assim, a gente... é isso, né? A gente discutiu isso em Rede e a gente pensou: "Bom, no mínimo, pra ela aparecer na casa da família, a mãe e o pai, certamente conheciam alguém ali que tivesse o mínimo de contato com essa senhora, né? Do contrário ela não ia chegar lá por aparição, seja lá o que fosse, né?". Foi dessa forma que a Caroline chegou.

A pesquisadora retoma a chegada de Caroline ao CAPSi:

Pesquisadora: Hm... E como é que ela chegou? Ela.

Participante/V: Então, quando ela chegou, eu acho que eu ainda não tava.

Pesquisadora: Como é que pareceu a vocês, né, a... a Caroline?

Participante/T: Pareceu uma... uma adolescente muito **negligenciada**, muito **empobrecida**, é...

Pesquisadora: Sob qual aspecto?

Participante/T: Parece que foi... Sob todos os aspectos, né, eu acho que **sociais, escola, escolarização, o... o autocuidado, o desenvolvimento intelectual como um todo**.

Participante/M(PSICÓLOGO): **Pueril**, né? Um **atraso cognitivo**, né, significativo.

Participante/T: É. E, assim, quando... realmente, socialmente, né, muito **pouco desenvolvida**. Então eu me pergunto como que foram esses 14 anos, me parecem ter sido 14 anos muito difíceis. É... imagino que ela também possa ter **sofrido violência**... Enfim, chegou muito **empobrecida** e com um aspecto muito **negligenciado**, ao mesmo tempo que não... não parecia haver, assim, vamos dizer assim, esse **retardo mental** não parecia ser tão estrutural, mas mais adquirido nesse processo de **desenvolvimento**.

Pesquisadora: E apesar de toda essa negligência, não houve nenhum encaminhamento institucional?

O médico retoma a pesquisa realizada por uma ex-residente, que verificou o acompanhamento da família pela Clínica da Família de referência. Destaca-se a alta

vulnerabilidade social e psíquica da família, tendo um filho acompanhado por CAPSad e a hipótese de que Ana tenha delírios. Conforme segue:

Participante/T: É, disse que é uma família de **alta vulnerabilidade** social, a renda consistia em Bolsa Família e outros feitos pelo pai, é... teve até uma menção de que a Ana, mãe, por vezes ficava até tendo alguns **delírios**, assim, do tipo religioso, persecutório. Então já... já se conhecia essa família, mas o caso da Caroline parece que passou, né, despercebido por esses anos todos aí, institucionalmente, não sei se a... se a criadora, né, chamada Geisa, procurou antes...

Aqui, a narrativa transmite ausência da Clínica da Família no caso. Mesmo a par da vulnerabilidade da família e da jovem, o CAPSi não foi contactado pelo equipamento de saúde. Ana buscou atendimento para a filha por demanda livre. O que se coaduna com a fala do médico que chama a atenção para a ausência de rede de cuidados dirigidos à infância e adolescência. Nesse caso, a adolescente se quer foi reconhecida como frágil e nenhuma ação foi dirigida a ela.

Pesquisadora: quanto tempo demorou pra a Caroline chegar ao CAPSi após retornar para a família biológica?

Participante/T: Três semanas.

Pesquisadora: Logo depois.

Participante/T: Logo depois.

Participante/ V: A mãe fala... que a "A minha filha era **normal**, e aí essa mulher fez alguma coisa, ela judiou tanto da minha filha, que aí ela ficou assim, mas ela era normal".

Participante/T: É. E assim, a gente acompanhou até... ela chegou em junho de 2020, é... fomos acompanhando, teve **medicação**, as queixas não... não... não melhoravam muito, mesmo com a medicação, né, queixa de...[estar] trocando a noite pelo dia, **agressividade**, quebrando objetos, não se... **não se cuidava**, né, direito, tinham que ajudar ela a fazer tudo... A mãe..

Pesquisadora: Quer dizer... apesar da família biológica ser tão fragilizada, no entanto, é essa família que percebe que a menina não tá bem e busca atendimento...

Participante/ T: Sim...

Neste momento outro profissional interpreta o sofrimento da família com um valor que opera uma função social, isto é, como meio de acessar cidadania. Conforme segue:

Participante/M: O sofrimento se tornou... Aquele **sofrimento se tornou, de alguma forma, algum questionamento** pra ser visível, né? Onde ela pudesse se expressar é... provocando questionamento ali, né? É... tou tentando lembrar, assim, né, de quando que a Caroline, foi justamente no início da pandemia, né, quando... quando Caroline foi atendida também pela residente, assim, né? É... era muito, muito regredida mesmo pra poder se expressar, né? E... tão pouco tempo de contato com a gente, a gente tava iniciando ali um projeto

terapêutico, né? Mas, chama atenção, assim, o que que é com 14 anos, a entrada da adolescência, os hormônios, todo esse... esse rompimento, né, por mais que seja biológico, o que veio... que que é sair de uma casa, né, o que é dito a respeito... dito a respeito dela, né, como... é... a mãe fala, né, "Ela não foi vista, né, ela foi **negligenciada**", né?

Participante/T: Aqui tem um desenho dela um mês depois. Adolescente de 14 anos.

Participante/M: Talvez esses sejam os irmãos?

Participante/T: É, ela desenhou...-

Participante/M: A construção familiar, né, se... com uma cisão aqui, né?

A posição subjetiva da adolescente, que se mostra “regredida” do ponto de vista das habilidades cognitivas e emocionais, é interpretada pela equipe como efeito do precário investimento relacional.

Participante/T: Usa letras, mas... **só reconhece** as letras.

Participante/M: Só é seis, né? São sete filhos?

Participante/T: Eram sete. Tem a descrição que a Hanna fez.

Participante/M: Aqui no nesse/ aqui nesse... aqui nesse momento, ainda eram sete, né? O Leonardo da...

Participante/T: Foi interessante quando ela conseguiu desenhar isso aqui, porque foi uma maneira de a gente entender também o... o que que se passava, né, **na mente dela**.

[...] Mas foi interessante, então quando ela conseguiu estabelecer essa comunicação com ela [residente de terapia ocupacional] pelo... pelo desenho, e ela [Caroline] falou, né, da família, das pessoas que tavam em casa, e a gente também pôde ver o nível de **desenvolvimento** dela, né, de... escrita, grafismo.

((INTERRUPÇÕES EXTERNAS))

Participante/T: Bom, então a gente, na verdade, acompanhou ela, por alguns meses, até que ela desapareceu.

Pesquisadora retoma a questão da indicação ao tratamento em CAPSi:

Participante/T: Bom, acho que ficou bem claro, né, o nível de **vulnerabilidade** da família, uma necessidade de um **suporte maior** e... que provavelmente, é... inclusive ia precisar de uma intensividade maior.

E mesmo com... com essa é... é... proposta de uma intensividade, a família, muitas vezes, ainda tinha dificuldade de chegar, né? É... então, eu acho que, pelo caso, né, pela complexidade familiar, principalmente social, e do quadro da... Caroline, não... não... eu não vejo que outra unidade pudesse dar conta dessa demanda, né, acho que a Clínica de Família, sozinha, não daria conta. Inclusive, do ponto de vista medicamentoso, já tinha feito medicamento, né, prometazina, pra ver se acalmava ela com... com antialérgico, mas enfim, não ia ser suficiente, né? Eu acho que precisava mesmo de uma equipe multidisciplinar de saúde mental. O filho mais velho já faz... já fazia acompanhamento no CAPS, então a família conhecia o funcionamento do CAPS.

De modo geral, a equipe se orienta ao sofrimento pela vulnerabilidade social e pelo transtorno mental pela via do desenvolvimento infantil. O sofrimento psíquico aparece como progresso no tratamento, pois seria o resultado de uma melhor compreensão da realidade vulnerável em que Caroline se encontra.

4.5. Elaboração dos dados

O presente estudo investiga a gestão do sofrimento psíquico infantojuvenil através dos analisadores sofrimento psíquico, sofrimento social e transtorno mental. Para tanto, associamos esses analisadores às categorias analíticas presentes na narrativa dos profissionais participantes dos grupos focais realizados com quatro CAPSi da RAPS do Município do Rio de Janeiro. Para a análise dos dados, realizada à luz da *Análise de Conteúdo* (BARDIN, 1977), foram extraídas da totalidade das narrativas as sequências reconhecidas como mais diretamente relacionadas às categorias constituintes da noção de sofrimento. Conforme segue nos quadros abaixo.

Relação categoria analítica dos CAPSi / Categorias analíticas de pesquisa: sofrimento social, transtorno mental e sofrimento psíquico

Sofrimento Social	
CAPSi A	1. “era essa autonomia pra uma criança pequena . Ele já circulava muito sozinho , ele andava de ônibus, e aí o pai não conseguia muito esse contorno, né? Ele já tinha uma vivência...” (Participante/ C)
	2. “... é... sempre muito precário , não tinha...” (Técnico de Referência)
	3. “...Ele veio sozinho, por conta própria, porque ele queria, na verdade, uma das coisas que ele queria era o tal do benefício , né? Ele achava que, aqui no Rio de Janeiro, ele ia conseguir um apoio, porque...” (Técnico de Referência)
	4. “...provavelmente ele morava num lugar muito insalubre mora, ainda no mesmo lugar...” (Técnico de Referência)
	5. “...numa comunidade, assim, muito, muito, muito precária com saneamento, né, sabe, quase zero. Não tem banheiro dentro de casa, quase não tem água corrente, uma mosquitada , uma coisa, assim...” (Técnico de Referência)
	6. “... muita violência doméstica , é bem complexo...” (Participante/ C)
	7. “Essas questões sociais de fome, de moradia ... Isso é um sofrimento social , né, pra além da pessoa, né...” (Participante E)
	8. “...a gente via um pai que tinha uma série de dificuldades, é... principalmente em relação a... a... à segurança econômica , assim... <u>Mas o que prendeu a gente é que o caso já tinha passado por centenas de lugares... (Conselho Tutelar o tempo todo), porque ele fugia, ficava na rua direto.</u> ” (Participante/ D)
	9. “O seu próprio abandono ...que impede de dar a estrutura que o Luiz precisaria, né?”

	<p>E... e aí nisso já se... vai se desenvolvendo em outros tipos de sofrimento que, no meu entendimento, entra esse sofrimento social, que causa essa... essa interrogação, assim. <u>Em mim já causou alguma vezes, e eu vejo que na equipe, né, de...</u> “É pra abrigar, não é pra <u>abrigar</u>...” (Participante /E)</p>
	<p>10. “Pelo contrário, explora. Explora, bate.” (Participante /D)</p>
CAPSi B	<p>1. “E aí eles brigaram, e aí ela ameaçou a pôr fogo no corpo, atear fogo no corpo, e ele saiu e deixou ela em casa, e ela pôs fogo no corpo, e aí ela, quando viu que o corpo tava em chamas, ela tentou correr pro quintal e pedir ajuda, porque eles moravam num quintal familiar...” (Técnico de Referência)</p>
	<p>2. “Não vou me meter”, e aí quando ela sai, porque aquilo não parava, e as crianças começaram a gritar...” (Técnico de Referência)</p>
	<p>3. “...eu acho que o Pierre se encontra num lugar muito mais vulnerabilizado, porque depende dela enquanto cuidadora.” (Participante /D)</p>
	<p>4. “Eu acho que ele perde a autonomia, porque a rede de apoio dele tá muito reduzida.” (Participante/ D)</p>
	<p>5. “Acho que é pela vulnerabilidade que já se apresentava.” (Participante /D)</p>
	<p>6. “...tinha <u>algo que a gente percebia</u> que aquela família precisava de um cuidado, até porque...” (Técnico de Referência)</p>
	<p>7. “...o momento em que o Pierre precisou ser abrigado...” (Participante/ D)</p>
	<p>8. “durante a pandemia, assim, o Pierre, ele meio que dá uma sumida, tem uma crise epiléptica na rua, com essa crise epiléptica na rua, é acionado o Conselho Tutelar, porque ele é menor, e o SAMU, né, pra entender por que esse menino tava na rua, o que tá acontecendo, cadê é a família dele, quem que é, quem que é esse menino.” (Participante D)</p>
	<p>9. “... muito vulnerável no território...” (Técnico de Referência)</p>
CAPSi C	<p>1. “... Ele tinha 12 anos e ele veio é... com uma queixa, ele tinha botado fogo na escola, e... <u>a gente sentiu</u> imediatamente ser um caso com uma complexidade, né, a família não o queria... tinha uma parte da família que ele conseguia se relacionar, uma parte não queria saber dele, ele já tinha sido expulso mais de uma vez de escola, nessa ele tinha colocado fogo...” (Participante CS)</p>
	<p>2. “A tia paterna, que tinha um sonho muito grande de ter filhos e não tinha, ela engravida, então, nesse momento, ela não precisa mais, ela diz isso, né, de alguma forma, e começa a não querer mais cuidar, e o pai diz que não sustenta, não dá conta, enfim... e aí eles levam o Davi pela primeira vez pra um abrigo. Ele é abrigado...” (Participante I)</p>
	<p>3. “Aí, tem algum período que ele tá em acolhimento, aí ele vai pra guarda com... com... com o pai e a tia...” (Participante F)</p>
	<p>4. “O pai diz que não tem dinheiro pra trazê-lo.” (Participante I)</p>
	<p>5. “... ele vai pulando de um abrigo pra outro, é... aí a gente fica conhecendo, entendendo um pouco mais, né?” (Participante I)</p>
	<p>6. “É... minha família não me quer...” (Participante/ I)</p>
	<p>7. “A mãe sempre... não queria, resistia, e dessa vez a mãe foi, se emocionou. Assim, é... me pareceu, né, que tá com vontade de ajudar, tá disposta a fazer/refazer o vínculo. Achei isso muito, muito, muito bacana. E ela, inclusive, pediu pra gente ajudar ela a fazer a carteirinha pra ela poder visitar ele lá no hospital penal, isso nunca tinha</p>

	aparecido. Então a gente tá bem feliz com isso. ” (Participante/ I)
CAPSi D	1. “Em 10 meses de idade, na maternidade, a família conheceu uma mulher, é... e ela foi dada pra essa mulher criar.” (Participante/ T)
	2. “foi criada, até os 14 anos de idade, por essa mulher, até que houve essa devolução. ” (Participante/ T)
	3. “... a gente não conseguiu encontrar essa mulher que criou, então a gente não tinha, na verdade, muito da história dela. ”. (Participante /T)
	4. “(...)a mãe/ a criadora tava devolvendo. ” (Participante/ T)
	5. “(...) na verdade, ela não conhecia aquelas pessoas, né, são a família biológica dela, mas ela não conhecia, ela foi colocada numa... num ambiente novo, desconhecido, com pessoas novas, essa família já tinha um filho, também é... um filho mais velho.”. (Participante/ T)
	6. “(...) seria o melhor deixar Caroline aos cuidados dessa senhora, que tinha perdido a neta. Só que isso tudo foi feito sem o consentimento ali da mãe, a mãe não tava sabendo que isso tava acontecendo, né (...).” (Participante /V)
	7. “Não, a família é muito empobrecida nesse sentido de buscar, né, coisas assim da justiça...” (Participante/ V)
	8. “(...) eles têm muito pouco, né, conhecimento com relação a isso. ” (Participante/ V)
	9. “(...) depois desses 14 anos, que é quando a Geisa devolve a Caroline.” (Participante V)
	10. “(...) eles têm uma questão social, né, muito grande. Então...” (Participante/ V)
	11. “Eles não têm condições, assim, por exemplo, o pai, é... ele teve uma questão no trabalho e que aí ele precisou ser encostado, né, entre aspas, mas não tem pensão, né, ele recebe um benefício ali desses do Governo, é... auxílio emergencial...” (Participante/ V)
	12. “(...) por conta disso ele não consegue trabalhar de carteira assinada, né, e que ele vai fazendo ali bicos pra sobreviver. ” (Participante /V)
	13. “A mãe também não trabalha de carteira assinada, então eles vivem de benefício, né? ”. (Participante/ V)
	14. “eles são uma família nômade, né? Na ocasião, por conta do Leonardo, eles se mudavam muito de casa. O Leonardo tinha crises...” (Participante /V)
	15. “Que faz... que faleceu. Fazia dívidas com o tráfico, então por vezes eles tinham que se mudar do território por conta do risco do menino...” (Participante /V)
	16. “Pareceu uma... uma adolescente muito negligenciada (...). ” (Participante/ T)
	17. “Parece que foi... Sob todos os aspectos, né, eu acho que sociais, escola, escolarização, o... o autocuidado, o desenvolvimento intelectual como um todo. ” (Participante /T)
	18. “É... imagino que ela também possa ter sofrido violência... Enfim, chegou muito empobrecida e com um aspecto muito negligenciado. ” (Participante /T)
	19. “É, disse que é uma família de alta vulnerabilidade social, a renda consistia em Bolsa Família e outros feitos pelo pai, é...” (Participante/ T)
	20. “Ela não foi vista, né, ela foi negligenciada, né? ” (Participante/ M)
	21. “Bom, acho que ficou bem claro, né, o nível de vulnerabilidade da família, uma necessidade de um suporte maior e... que provavelmente, é... inclusive ia precisar de uma intensividade maior.” (Participante /T)

A categoria sofrimento social foi identificada ao que envolve a fragilidade da garantia das condições básicas de manutenção da vida (FURTOS, 1995). Nos enunciados em negrito é possível observarmos categorias associadas à pobreza, violência, desemprego, abandono e negligência. Condições que se associam à determinantes sociais relacionados a ameaça e prejuízos à saúde e, que no limite, podem abreviar a vida.

Conforme abordado no capítulo 2, Fassin (2009[2007]) identifica que o campo da saúde mental ganhou lugar de destaque junto à psiquiatria humanitária nas zonas de guerra, isto é, em espaços onde a miséria, violência e iniquidade se destacam. Nesse cenário onde há clara vivência de agudo sofrimento, o autor identifica um deslocamento da função técnica diagnóstica médica para a função humanitária. Isto é, uma posição profissional mais referenciada à postura empática exemplificada pelo acolhimento e cuidado aos usuários. É o que podemos verificar nos enunciados sublinhados nas narrativas, a seguir:

CAPSi A:

8. ‘a gente via um pai que tinha uma série de dificuldades, é... principalmente em relação a... a... à **segurança econômica**, assim... Mas o que prendeu a gente é que o caso já tinha passado por centenas de lugares... (Conselho Tutelar o tempo todo), porque ele fugia, ficava na rua direto.’ (Participante/D)

9. “O **seu próprio abandono**. ..que impede de dar a estrutura que o Luiz precisaria, né? E... e aí nisso já se... vai se desenvolvendo em outros tipos de sofrimento que, no meu entendimento, entra esse sofrimento social, que causa essa... essa interrogação, assim. **Em mim já causou alguma vez, e eu vejo que na equipe, né, de...** “É pra abrigar, não é pra abrigar” ...” (Participante/E)

CAPSi B:

6. “...tinha **algo que a gente percebia** que aquela família **precisava de um cuidado**, até porque...” (Técnico de Referência)

CAPSi C:

1. “... Ele tinha 12 anos e ele veio é... com uma queixa, ele tinha botado fogo na escola, e... **a gente sentiu** imediatamente ser um caso com uma complexidade, né, **a família não o queria**... tinha uma parte da família que ele conseguia se relacionar, uma parte não **queria saber dele**, ele já tinha sido **expulso mais de uma vez de escola**, nessa ele tinha colocado fogo...” (Participante/CS)

5. “... ele **vai pulando de um abrigo pra outro**, é... aí a gente fica conhecendo, entendendo um pouco mais, né?” (Participante /I)

Chama a atenção que o CAPSi D seja o único que não se inclui como destacadamente empático ao caso clínico. O que parece se justificar pelo fato da maioria das falas ter sido conduzida no grupo focal pelo profissional médico. O qual, de acordo com Fassin (2009[2007]) está mais orientado à técnica representada pelos diagnósticos e medicação do que ao acolhimento e cuidado ao sofrimento.

Nesse grupo focal, ainda que o membro psiquiatra não demonstre clara empatia, o fator diagnóstico psiquiátrico não se apresenta como um condutor do trabalho da equipe do CAPSi D, bem como nos demais serviços.

É possível, ainda, associarmos o caráter empático do campo da saúde mental à característica transitivista do sofrimento (DUNKER, 2015). Isto é, a capacidade de um sujeito se reconhecer na experiência do outro. O efeito da postura empática associada ao fenômeno do transativismo pode ser observado no choro de profissionais dos CAPSi B e C ao abordarem o tema do desamparo. O significante se desloca do desamparo do usuário em face à vulnerabilidade de sua vida para o desamparo da equipe de saúde mental, seja pelas dificuldades enfrentadas na prática de construção e manutenção da direção de cuidado de saúde mental em rede de atenção psicossocial (RAPS), seja pela frágil condição contratual dos trabalhadores de saúde mental, seja pela emergência do próprio sintoma ao se identificar com o desamparo do usuário.

A abordagem psiquiátrica e a da saúde mental parecem construir uma separação quanto ao aspecto da práxis, uma apontando para o tratamento e a outra para o cuidado. Ainda, a primeira associada à saúde em oposição à doença e a outra à experiência de sofrimento. Essa postura, de acordo com Fassin (2018), não está vinculada a um avanço científico, mas a uma economia moral nas relações sociais e institucionais. Questão que diz respeito aos efeitos das relações humanas na produção de subjetividades e, portanto, na valorização e reconhecimento dos afetos.

O tema da economia moral é interpretado pelo autor como paradoxal, pois ao mesmo tempo em que põe luz em aspectos jamais valorizados anteriormente, por outro lado, disfarça importantes dívidas sociais com populações vulneráveis através do humanitarismo. Isso nos parece remeter ao caso de Caroline, usuária do CAPSi D, que ficou 14 anos afastada de sua família biológica em virtude de uma adoção ilegal. A equipe de saúde mental atribui a inação da mãe biológica a sua precariedade cultural, isto é, frente aos mecanismos garantidores de direitos e cidadania. Conforme comparece no enunciado abaixo:

7. “Não, a família é muito **empobrecida** nesse sentido de buscar, né, coisas assim da justiça...” (Participante V/CAPSi D)

Apesar da psiquiatria humanitária se associar ao acolhimento e cuidado, como fazem todos os outros campos profissionais atuantes na saúde mental, sua especificidade de receitar medicamentos confere à categoria médica um lugar de grande destaque. O que demonstra a pressão da medicalização da vida mesmo nos espaços de saúde mental seriamente comprometidos com a clínica da atenção psicossocial.

Articulando humanitarismo e ciência, Fassin (2009[2007]) conclui que a introdução dos cuidados em saúde mental está mais associada à moral humanitária do que

ao avanço científico, como já dito. Por outro lado, não é possível considerar que represente um avanço da civilização que o humanitarismo esteja a serviço de populações vulneráveis, pois isso parece, na realidade, escamotear a necessidade de transformações políticas radicais e que incluam na pauta o tema das populações vulneráveis .

Na década de 1990, a psiquiatria humanitária se estabeleceu como disciplina e o trauma psíquico ganhou valor de fenômeno de intervenção médica. O que se deu em ambientes conflagrados, abrindo espaço para uma perspectiva estritamente humanitária. Nesse caso, não são os sintomas que definem a indicação ao tratamento e cuidado, mas a moral humanitária em causa. O que se verifica em todos os quatro casos traçadores no âmbito do sofrimento social que se estende ao sofrimento psíquico, mesmo que o sujeito não apresente sintomatologia psiquiátrica. O ato da clínica humanitária é coerente com o *ethos* moral.

A esse fenômeno Fassin (2012) nomeia como “compaixão”, a “nova razão do mundo”. O que verificamos mais na prosódia do relato dos casos feito em tom de angústia, mas, também, de raiva de situações em que o usuário adolescente era de algum modo violado. São exemplos dessa postura compassiva os seguintes enunciados, todos feitos em tom de compaixão:

CAPSi A:

1. “era essa **autonomia pra uma criança pequena**. Ele já **circulava muito sozinho**, ele andava de ônibus, e aí o pai não conseguia muito esse contorno, né? Ele já tinha uma vivência...” (Participante/C)
10. “Pelo contrário, explora. **Explora, bate**.” (Participante /D)

CAPSi B:

3. “...eu acho que o Pierre se encontra num lugar muito mais **vulnerabilizado**, porque depende dela enquanto cuidadora.” (Participante /D)

CAPSi C:

6. “É... minha família **não me quer**...” (Participante /I)

CAPSi D:

5. “(...) na verdade, ela **não conhecia aquelas pessoas**, né, são a família biológica dela, mas ela não conhecia, ela foi colocada numa... num **ambiente novo, desconhecido**, com pessoas novas, essa família já tinha um filho, também é... um filho mais velho.”. (Participante/T)

A postura compassiva parece justificar a explícita referência ao público-alvo dos CAPSi como “socialmente vulnerável”. Três dos quatro CAPSi chegarem mesmo a considerar que não fosse a condição de vulnerabilidade do caso, o usuário não teria

indicação de ser acompanhado pelo CAPSi. Isso é dito pelos CAPSi B, C e D. Essa afirmação nos parece, por um lado, subordinar o sofrimento psíquico, comum à condição humana, à circunstância socioeconômica do usuário; por outro, reconhecer que a realidade emoldura a expressão do sofrimento.

Da mesma forma, a escolha do caso traçador realizada pelas equipes chamou nossa atenção. Nos quatro CAPSi escutados foi unânime a característica do abrigo institucional e a insipiente referência à psicopatologia, o que parece traduzir uma escolha de caso traçador vinculada ao humanitarismo. A orientação às equipes indicou o critério “caso complexo” para a eleição do caso traçador.

Nos quatro serviços os casos são marcados por situação de desamparo materno, seja pelo abandono do lar (CAPSi A e C), seja pela morte (CAPSi B), seja pelo crime ao entregar o bebê para uma adoção ilegal (CAPS E). Escolha que, aparentemente, sugere que a presença materna operaria proteção contra a vulnerabilidade social pela via do cuidado. Esse parece ser um traço da moral humanitária associando a maternidade à proteção. O que talvez seja um resto de discurso médico higienista, onde a figura materna está associada à sustentação da moral civilizada.

Transtorno Mental	
CAPSi A	1. “É muito forte falar do Edson. Acho que ele queria um exame... Um laudo... Um laudo, mas também um exame... “Tem que fazer um exame” ... que desse um diagnóstico que dissesse o que o filho dele tem.” (Técnico de Referência)
	2. “Um exame neurológico..."Eu preciso de um exame pra saber o que meu filho tem", "Ele tem um problema de cabeça ", "Ele tem um problema de cabeça, e aí eu preciso de um exame, de um laudo e de um remédio ". (Técnico de Referência)
	3.“E reclamava: "Mas, afinal, cadê o médico pra fazer o exame da cabeça do meu filho? Porque ele tem um problema. Eu tou falando que ele tem um problema, ele é muito nervoso . E ele foge, e... e nenhum remédio dá. Eu preciso de um remédio...", sabe? Era, assim, uma coisa sempre que voltava pra esse refrão aí.” (Técnico de Referência)
	5.“...O próprio Luiz fazer sintomas na cabeça de dor de cabeça, que o pai dele queria o exame... ” (Participante /C)
	6.“E o pai, percebo... percebo que o pai é uma pessoa adoecida, né, conforme o agravamento dele , o sofrimento do Luiz vai aumentando...” (Participante/ E)
	7. “... o menino não tinha um diagnóstico , né, em lugar nenhum tinha diagnóstico, quando chegou lá pra gente...” (Participante /D)

	8. Diagnóstico: F70 (Retardo Mental Leve) .
CAPSi B	1. “A queixa inicial era de comportamento inadequado , é... agressivo, apresenta insônia, comportamento agitado, risos desmotivados, dificuldade de relacionamento na escola, é...” (Técnico de Referência)
	2. “(...) comportamento que ali a escola tava dizendo que tava fora do padrão , ele era convidado a se retirar do colégio.” (Técnico de Referência)
	3. “Acho que a escola tem esse lugar, né, que o aluno tem que se enquadrar naquelas diretrizes que a escola determina, né, o aluno chega na sala de aula e tem que ficar sentado ali até dar a hora do recreio, descer, brincar da forma que eles acham que tem que brincar, almoçar do jeito que eles acham que tem que almoçar, retornar pra sala... e o Pierre fugia um pouco disso , né.” (Técnico de Referência)
	4. “Ele tem um retardo importante , o que faz com que ele tenha muita dificuldade na escola, em aprender, de conseguir entender...” (Participante I)
	5. “Eu acho que o Pierre também tem uma coisa, assim, que é a falta da noção de comorbidade... ” (Participante /R)
	6. Ele... ele fala: "Eu não sou maluco , né, pra estar no CAPS. Eu não tenho outros... outras questões de saúde, então não preciso nem tomar medicação, (participante R)
	7. “... pra ele poder ter/ permanecer na escola, tinha ali algo que ele precisava estar em algum lugar em acompanhamento .” (Técnico de Referência)
	8. “... eu não concordo com o diagnóstico de retardo pro Pierre.” (Participante D)
	9. “...Eu acho que pro caso do Pierre, hoje, na rede, o que aparece com grau de importância é o uso da droga .” (Participante /D)
	10. “O Pierre é reduzido... [ao uso de drogas].” (Participante /I)
	11. “... porque alguns profissionais, inclusive da rede, colocam como “ viciado ”.” (Participante /I)
	12. “E aí hoje, o diagnóstico do Pierre é que ele é esquizofrênico, F20 .” (Participante /D)
	13. “Nós construímos isso já nesse processo de tentativa de internação clínica dele.” (Participante /D)
	14. “É, F20 de esquizofrenia, mais F19 que é transtorno mental e de comportamento devido ao uso de múltiplas substâncias mais G40 .” (Participante /I)
	15. “...essa rede, é... que o tempo inteiro tá ali se colocando pra internar o Pierre no hospício.” (Participante /D)
	16. “: Porque eles entendem que essa questão AD, é uma questão pro hospital psiquiátrico .” (Participante /D)
	17. “Combinei com Rita (diretora da escola) que toda vez que Pierre comparecer ao atendimento faria uma declaração de comparecimento .”; (Prontuário)

	18. “Renata, diretora do colégio, informa [ao CAPSi] que Pierre nos últimos três dias tem dormido em sala de aula. Pede para o CAPSi fazer laudo para ele ser incluído na turma de aluno adaptado , pois terá uma pessoa o acompanhando nas tarefas escolares, além de ter outras possibilidades na hora de realizar provas.” (Prontuário)
CAPSi C	1. “...Por conta do comportamento .” (Participante /I)
	2. “Agressivo, disruptivo, violento...” (Participante /R)
	3. “Porque a sensação que eu tenho é que, pra... pra rede, parece muito mais uma queixa do comportamento , né, então é um menino que é violento.. ” (Participante /F)
	4. “Uma delinquência .” (Participante /R)
	5. “É, e aí entra uma discussão de que, assim, pra psiquiatria clássica, é... seria difícil enquadrar ele, pensar num CID... seria difícil, porque falar, né, em... Ah, é um caso bipolar , não tem nada que se abriu como um episódio depressivo ou um episódio de mania . Tem momentos em que ele fica muito exaltado , e que ele fica falando que ele é o maioral, que ele é o [maioral], que ele... né, que ele fica muito expansivo e tal.” (Participante /R)
	6. “Então, assim, tem essa coisa da puerilidade . Porque, assim, a gente pode pensar que um garoto pode ter tido toda essa história terrível, né, e isso ter efeitos pra vida...” (Participante /I)
	7. “Na verdade, como a R. falou, a gente retomou essa discussão ...com relação ao diagnóstico , agora, por conta desse processo , porque vai ter um julgamento e a gente precisa enviar um relatório. Nesse relatório, a gente tem que dizer porque que a gente indicou que ele fosse pro hospital... penal. [...] Em vez de tá numa prisão comum.” (Participante /I)
	8. “... mas ele tem diagnóstico então pra ficar no hospital?” (Participante /I)
	9. “[...] a gente tem que ir pela lei, tem que ir pela lei e pelo transtorno mental mesmo . Tem que ter um CID pra que ele seja considerado um paciente tratado num hospital psiquiátrico . (Participante /C)
	10. “ Psicose ” (Participante C)
CAPSi D	1. “E ela, nesse processo, tava apresentando uma série de questões comportamentais , né, na queixa da família, e por esse motivo procuraram essa unidade de saúde.” (Participante/T)
	2. “...ela, na verdade... na verdade, ela chegou, é... num nível de desenvolvimento muito prejudicado, né?”. (Participante /T)
	3. “É... não se expressava com clareza, tinha uma pronúncia, inclusive, é... muito... muito... inadequados os fonemas, dislalia, né, é... não... não aprendeu a ler nem escrever(...)”. (Participante /T)
	4. “(...) foi inclusive por problemas comportamentais (...) ”. (Participante /T)
	5. “(...) ela dizia que batia nos outros filhos dessa mulher, tinha uma agressividade , eu me lembro também que na escola tinha relato de agressividade com outras crianças(...)”. (Participante/V)
	6. “... e ela chegou na casa e os pais se queixavam de que ela tava muito agressiva com/ quer dizer, muito agitada, agressiva com o gato, maltratando o gato de estimação, é... muito agitada , não dormia à noite, é... muito inquieta, querendo fugir de casa(...) ”. (Participante /T)

7. “É... parece que um quadro de esquizofrenia , né, e além disso era usuário de drogas, fazia uso abusivo de drogas. ” (Participante /T)
8. “Então ela entrou nessa família e com essas... com essas queixas comportamentais. ” (Participante /T)
9. “Um pouco retraída também, mas rapidamente também se desinibiu , a gente conseguiu, né, interagir, ela foi recebida por uma residente...” (Participante /T)
10. “É... a gente viu, né, um desenvolvimento muito abaixo do esperado pra idade, né, tanto das... as habilidades escolares, as habilidades sociais, a comunicação, tudo muito prejudicado. ” (Participante /T)
11. “(...)muito empobrecida [em termos emocionais e cognitivos] , é...” (Participante/T)
12. “ Pueril , né? Um atraso cognitivo , né, significativo.” (Participante /M)
13. “É. E, assim, quando... realmente, socialmente, né, muito pouco desenvolvida. ” (Participante /T)
14. “...ao mesmo tempo que não... não parecia haver, assim, vamos dizer assim, esse retardo mental não parecia ser tão estrutural, mas mais adquirido nesse processo de desenvolvimento. ” (Participante /T)
15. “Ana, mãe, por vezes ficava até tendo alguns delírios , assim, do tipo religioso, persecutório.” (Participante /T)
16. “A minha filha era normal , e aí essa mulher fez alguma coisa, ela judiou tanto da minha filha, que aí ela ficou assim, mas ela era normal” (Participante V)
17. “É. E assim, a gente acompanhou até... ela chegou em junho de 2020, é... fomos acompanhando, teve medicação , as queixas não... não... não melhoravam muito, mesmo com a medicação, né, queixa de...[estar] trocando a noite pelo dia, agressividade , quebrando objetos, não se... não se cuidava , né, direito, tinham que ajudar ela a fazer tudo... A mãe ...” (Participante /T)
18. “É... era muito, muito regredida mesmo pra poder se expressar , né?” (Participante/M)
19. Diagnóstico: F71.1(Retardo mental moderado) + F94.9 (Transtorno do funcionamento social)

Como vimos no capítulo 2, a Idade Moderna é o marco de referência sobre o investimento nas ciências, e um de seus produtos foi o surgimento da medicina anatomopatológica, transformando o corpo orgânico no *locus* da verdade sobre as experiências humanas.

O modelo biomédico tradicional está assentado numa clínica orientada pela experiência sensorial do olhar médico. Seu paradigma sustenta a construção de diagnósticos contemporâneos, inclusive no campo infantojuvenil, apesar de Perring e Wells (2014) apontarem diversas críticas epistemológicas quanto à nosografia e validade diagnóstica desse campo de saber. Tais críticas vão na direção de separar a clínica biomédica tradicional da clínica psiquiátrica clássica, tendo em vista que os objetos de investigação não são idênticos. No entanto, a difundida identificação da clínica psiquiátrica à clínica médica tradicional conduz a maioria da população à esperança de que os instrumentos diagnósticos da psiquiatria sejam os mesmos da clínica médica.

Crianças e adolescentes comportam características que os diferenciam de adultos, não só no aspecto físico, mas também no psíquico. No entanto, a nosologia psiquiátrica de crianças e adolescentes é tradicionalmente elaborada por extensão à clínica do adulto. Isto é, sem observância aos critérios do universo infantil, como a agitação que lhe é comum bem como o mundo de fantasias, que em nada se identificam a formações delirantes.

Apesar dessas constatações, a nosografia aceita em psiquiatria com adultos e infantojuvenil tem a mesma estrutura e consiste na descrição de fenômenos ordenados em função do comportamento expresso pelo indivíduo. O transtorno mental é definido como comportamento que traz sofrimento para o indivíduo. No entanto, a categoria transtorno, como produto do discurso biomédico, subordina o sofrimento psíquico ao mental. Isto é, reduz os processos psíquicos ao nível do organismo.

Nesse sentido tanto as demandas quanto as respostas reduzem o sofrimento a um fenômeno privado, desvinculado das relações coletivas e, portanto, apolítico. Isso pode ser observado nas demandas de medicamentos, exames, internação psiquiátrica e de diagnóstico, presentes nos enunciados dos CAPSi A, B e C. Como veremos a seguir:

1. “É muito forte falar do Edson. Acho que ele queria **um exame... Um laudo...** Um laudo, mas também um exame... “Tem que fazer um exame” ... que desse um diagnóstico que dissesse o que o filho dele tem.” (Técnico de Referência /CAPSi A)
2. “Um exame neurológico...” “Eu preciso de um exame pra saber o que meu filho tem”, “Ele tem um **problema de cabeça**”, “Ele tem um problema de cabeça, e aí eu preciso de um exame, de um laudo e de um **remédio**”. (Técnico de Referência /CAPSi A)
10. “O Pierre é **reduzido...** [ao uso de drogas].” (Participante/ I/ CAPSi B)
16. “: Porque eles entendem que essa questão **AD, é uma questão pro hospital psiquiátrico.**” (Participante/D/ CAPSi B)
3. “Porque a sensação que eu tenho é que, pra... pra rede, parece muito mais uma **queixa do comportamento**, né, então é um menino que é **violento...**” (Participante/F/CAPSi C)
7. “Na verdade, como a R. falou, a gente retomou essa discussão ...com relação ao **diagnóstico**, agora, por conta desse **processo**, porque vai ter um julgamento e a gente precisa enviar um relatório. Nesse relatório, a gente tem que dizer porque que a gente indicou que ele fosse pro hospital... penal. [...] Em vez de tá numa prisão comum.” (Participante/ I/ CAPSi C)⁴⁵

⁴⁵ Essa fala também é exemplo da necessidade diagnóstica para dar suporte à garantia de cidadania, o que se vincula à questão social.

Além das demandas intersetoriais inclinadas à medicalização da infância, notamos no discurso dos profissionais a tendência a identificar aspectos do psiquismo à expressão do corpo, bem como a tendência a repetir a descrição do usuário de modo fenomênico. Isto é, verificamos nos relatos que, embora o campo da saúde mental se posicione a partir de uma lógica técnica inspirada pela psiquiatria humanitária, de acordo com Fassin (2012), no entanto, parece se servir do discurso biomédico como recurso à apreensão clínica do usuário.

Isso é possível ser verificado com destaque nos CAPSi B e D.

4. “Ele tem um **retardo importante**, o que faz com que ele tenha muita dificuldade na escola, em aprender, de conseguir entender...” (Participante/I/CAPSi B)

12. “**Pueril**, né? Um **atraso cognitivo**, né, significativo.” (Participante M/CAPSi D)

18. “É... era muito, **muito regredida mesmo pra poder se expressar**, né?” (Participante/ M)

Nos quatro CAPSi, no entanto, a figura diagnóstica comparece como mera exigência institucional para a concessão do benefício a que o usuário tenha direito, seja para matriculá-lo no CAPSi, seja para protegê-lo da violência institucional ou marginal (CAPSi B e C), seja para garantir os direitos de cidadania, como é o caso de Pierre para frequentar a escola.

18. “Renata, diretora do colégio, informa [ao CAPSi] que Pierre nos últimos três dias tem dormido em sala de aula. Pede para o CAPSi fazer **laudo para ele ser incluído na turma de aluno adaptado**, pois terá uma pessoa o acompanhando nas tarefas escolares, além de ter outras possibilidades na hora de realizar provas.” (Prontuário/ CAPSi B)

7. “Na verdade, como a R. falou, a gente retomou essa discussão ...com relação ao **diagnóstico**, agora, **por conta desse processo**, porque vai ter um julgamento e a gente precisa enviar um relatório. Nesse relatório, a gente tem que dizer porque que a gente indicou que ele fosse pro hospital... penal. [...] Em vez de tá numa prisão comum.” (Participante/ I/ CAPSi C)

9. “[...] a gente tem que ir pela lei, tem que ir pela lei e pelo **transtorno mental mesmo**. Tem que ter um CID pra que ele seja considerado um paciente tratado num **hospital psiquiátrico**. (Participante/ C/ CAPSi C)

Observamos na categoria transtorno mental sua íntima relação com as categorias sofrimento social e sofrimento psíquico. Relação que se faz notar não apenas fornecendo suporte às exigências legais para a inclusão do usuário em sistemas de garantias de direitos tais como benefício pecuniário e permanência em instituição de ensino; mas, também, como suporte discursivo para a transmissão de casos clínicos à rede intra e

intersetorial. Isso se explica pela legitimidade que o diagnóstico psiquiátrico confere ao nomear o caso através da semântica do transtorno mental.

CAPSi B:

7. “... pra ele poder ter/ permanecer na escola, tinha ali algo que ele **precisava estar em algum lugar em acompanhamento.**” (Técnico de Referência)

9. “...Eu acho que pro caso do Pierre, hoje, na rede, o que aparece com **grau de importância é o uso da droga.**” (Participante/ D)

CAPSi C:

6. “Transgressor... impulsivo. E aí desde... desde que eu entrei no CAPSi C, né, eu percebi que, nas reuniões intersetoriais, a gente sempre tinha uma função, assim, de poder dizer que isso era uma **expressão de sofrimento...**” (Participante/ R)

8. “Eu acho que a gente acabava entrando de querer apontar aqui... isso tava falando do **sofrimento dele...**” (Participante/R/ eixo sofrimento social)

O diagnóstico comparece como mera exigência burocrática e promotor de acessibilidade aos benefícios a que o cidadão tem direito. A exemplo do enunciado do CAPSi A:

3. “...Ele veio sozinho, por conta própria, porque ele queria, na verdade, uma das coisas que ele queria era o tal do **benefício**, né? Ele achava que, aqui no Rio de Janeiro, ele ia conseguir um apoio, porque...” (Técnico de Referência /CAPSA)

13. “**A mãe também não trabalha de carteira assinada**, então eles **vivem de benefício**, né?”. (Participante V/CAPSi D)

18. “Renata, diretora do colégio, informa [ao CAPSi] que Pierre nos últimos três dias tem dormido em sala de aula. Pede para o CAPSi fazer **laudo para ele ser incluído na turma de aluno adaptado**, pois terá uma pessoa o acompanhando nas tarefas escolares, além de ter outras possibilidades na hora de realizar provas.” (Prontuário/ CAPSi B)⁴⁶

Com essas referências, damos sequência à categoria sofrimento psíquico.

⁴⁶ Está no eixo transtorno mental, mas se associa a sofrimento social através da vinculação do laudo ao acesso a garantias de direitos.

Sofrimento Psíquico	
CAPSi A	1. "...busca de uma construção de um lugar, de uma vida aqui no Rio de Janeiro que já tinha tido dificuldades lá em... lá em Brasília, a história com a mãe..." (Participante /C)
	2. "...a mãe abandonou ..." (Técnico de Referência)
	3. "...Mas talvez, eu tou pensando agora, que esse próprio sintoma da dor de cabeça ... tou pensando isso agora com vocês, né, na fala da Participante E, tem um processo de identificação muito forte, assim. É uma coisa que é um nó... um nó e um desvio nesse tratamento..." (Participante/ C)
	4. "É... eu fiquei pensando um tempo, pensando no sofrimento psíquico, né, porque a história do Luiz, é... acontece... acontece muitas coisas que, em mim, pelo menos, me causa o sofrimento de assistir esse tipo de coisa, né. " (Participante /E)
	5. "E o que eu percebo no Luiz, que o sofrimento dele começa com o abandono da mãe , né? Pra mim, isso é mais claro, assim..." (Participante/ E)
	6. Eu tava pensando justamente nisso, porque eu entendo que no caso do Luiz especificamente, assim, o sofrimento psíquico , o sofrimento, né, genuíno dele é, de fato, esse abandono , que se inicia lá com a mãe. <u>Uma demanda de... de afeto, de amor, assim, né, que aí é o que ele recebe do pai dentro das condições que o pai tem.</u> Porque aí o pai também tem seu próprio sofrimento... O seu próprio abandono. (Participante/ E)
	7. "... "É pra abrigar, não é pra abrigar", porque se você pensa no sofrimento psíquico, na questão do... do abandono, é... se a gente abriga, a gente tira do pai dele, que é, justamente, a pessoa que ele tem, o pai e o irmão. por mais precária que seja a condição de vida, é o pai que tá ali com ele, não abandonou, né? O pai dele não abandonou ele." (Participante/ E)
	8. Eu acho que isso, o processo de sofrimento do Luiz, vamos chamar assim, ele foi subjetivado no trabalho com o Luiz , porque o que este garoto foi vivendo desde muito pequeno era uma... uma... uma... uma/ um certo negacionismo, inclusive, da possibilidade de sofrer. (Participante /C)
	9. "[...] o caso começa a modificar quando a gente vai ajudando o Luiz a subjetivar um pouco mais essas experiências e que ele vai podendo sofrer, né? Porque sofrer é algo que nos mobiliza que nos caminha pra mudança, que nos faz alguma coisa que... né? Alienação, negacionismo..." (Participante/ C)
	10. "...você precisa ser um sujeito pra sofrer , se não, você não pode nem sofrer." (Participante/ C)
CAPSi B	1. "... e ele vinha falando da mãe, né, da falta que ele sentia dela..." (Técnico de Referência)
	2. "Eu acho que o Pierre sofre , eu acho que a Ana sofre, né, eu acho que os irmãos também, mas eu acho que o sofrimento deles, talvez, tenham construções diferentes, assim, sabe?" (Participante/ D)
	3. " Não traz, assim... A gente consegue perceber, mas ele não traz na fala dele. Então ele fala: "Ah, eu quero um espaço pra jogar bola... Eu gosto de jogar bola... Eu quero tá em outros lugares", né?!". (Participante /R)
	4. "Mas nessa caminhada, ele vai me mostrando, assim desse potencial e das coisas que ele quer. Não fala desse sofrimento, mas fala disso. E aí os outros momentos que eu vou vendo o Pierre aqui no CAPSi, são muito assim, né, de ele vir buscando, querendo vir conversar... " (Participante /R)

CAPSi C	1. "Esse menino tinha sido abandonado pela mãe aos 4 meses, na porta da casa do pai, e aí, o pai... a avó ou bisavó começa a criá-lo, mas ela logo falece, fica essa guarda compartilhada entre o pai e a tia paterna..." (Participante /I)
	2. "...os irmãos estudavam nessa mesma escola, mas não podiam interagir com ele por conta da mãe falar: "Não quero que se metam com ele". (Participante /I)
	3. " A mãe não falava com ele , não tinha nenhum contato, nenhum vínculo, não falava..." (Participante /I)
	4. " ...o pai também se distancia, não tem uma visita, não tem ... ," (Participante /I)
	5. "Ele nunca se viu um menino de abrigo , ele tem família, ele sabe que tem família, ele conhece a família dele, e ele tem um desejo absurdo de ser querido pela família. Não só de ser cuidado, não só de voltar pra casa da família , mas ele tem um desejo imenso de ser... valorizado por essa família, de ser admirado por essa família, sabe?" (Participante /I)
	6. "Transgressor... impulsivo. E aí desde... desde que eu entrei no CAPSi C, né, eu percebi que, nas reuniões intersetoriais, <u>a gente sempre tinha uma função, assim, de poder dizer que isso era uma expressão de sofrimento...</u> " (Participante /R)
	7. "Como uma delinquência, mais pela via da delinquência do que pela via da loucura. Ou mesmo pela via do sofrimento , se a gente puder separar, assim..." (Participante /F)
	8. "Eu acho que a gente acabava entrando de querer apontar aqui... isso tava falando do sofrimento dele... " (Participante /R)
	9. "Eu ficava com essa impressão de que a gente tava num lugar assim de introduzir a dimensão do sofrimento e tentar forçar algumas leituras assim de "ah... vocês percebem que ele tá mais... tá mais difícil lidar com o Davi, porque tá chegando o dia das mães...?" (Participante /R)
	10. "O sofrimento ficava muito mais intenso , porque... é isso, era o sonho dele, era que a família o procurasse, que a família o chamasse." (Participante /I)
	11. " ...eu sou um lixo, sou eu sozinho mesmo, a vida toda foi assim... ", sabe?" (Participante/I)
CAPSi D	1. "Mas ela tá muito mais desenvolvida, na verdade, eu... eu percebo que o desenvolvimento dela cognitivo mesmo é... traz um sofrimento novo , porque ela começa a ter mais perspectiva de si própria, né, ela começa a ter mais consciência da própria condição. " (Participante/T)
	2. "E... e isso, quer dizer, a capacidade dela de pensar a si própria, de... de perceber a própria condição no nível intelectual , né, transforma o sofrimento dela, né, dá um novo... uma nova dimensão pro sofrimento dela. " (Participante /T)
	3. E agora o grande sofrimento que ela traz é do desejo de voltar pra casa e... e ao mesmo tempo vendo que a mãe... a mãe não tá muito preparada pra isso. (Participante /V)
	4. "uma questão relacional [sofrimento]". (Participante /T)
	5. Na verdade, é um novo sofrimento , porque ela se desenvolveu muito nesses dois anos. (Participante /T)

	6. “Aquele sofrimento se tornou, de alguma forma, algum questionamento pra ser visível, né? Onde ela pudesse se expressar é... provocando questionamento ali, né?” (Participante /M)
--	---

Como já abordado no capítulo 2, a etimologia da palavra sofrimento alude a um verbo, que por definição é ação. Isto é, sofrer pode ser tomado como ato político de intervenção no campo do Outro. A exemplo das mães da Praça de Maio, o sofrimento expresso pelos usuários opera na equipe de saúde mental uma convocação ao cuidado. Além disso, o sofrimento psíquico comparece na fala dos profissionais como um processo de subjetivação do indivíduo, a exemplo dos CAPSi A e CAPSi D.

CAPSi A:

8. Eu acho que isso, **o processo de sofrimento do Luiz, vamos chamar assim, ele foi subjetivado no trabalho com o Luiz**, porque o que este garoto foi vivendo desde muito pequeno era uma... uma... uma... uma/ um certo negacionismo, inclusive, da possibilidade de sofrer. (Participante/ C)

9. “[...] o caso começa a modificar quando **a gente vai ajudando o Luiz a subjetivar um pouco mais essas experiências e que ele vai podendo sofrer, né?** Porque sofrer é algo que nos mobiliza que nos caminha pra mudança, que nos faz alguma coisa que... né? Alienação, negacionismo...” (Participante /C)

CAPSi D:

1. “Mas ela tá muito mais desenvolvida, na verdade, eu... eu percebo que o **desenvolvimento** dela **cognitivo** mesmo é... **traz um sofrimento novo**, porque ela começa a ter mais perspectiva de si própria, né, ela começa a ter mais **consciência da própria condição.**” (Participante/ T)

Ambos os serviços abordam o sofrer como produto do avanço no tratamento, mas por caminhos diferentes. O Participante/C do CAPSi A reconhece o processo de construção do reconhecimento de aspectos da vida que levam ao sofrimento, e este, como meio de que o sujeito psíquico se ponha como autor de sua demanda de cuidado. Também associa o sofrimento a um ato de cidadania, quando o sujeito ao reconhecê-lo pode intervir como cidadão.

Ou seja, o CAPSi A constrói um discurso que se associa às vertentes da clínica psicanalítica e da política. Já o CAPSi D associa a experiência do afeto de sofrimento pela criança ou adolescente ao seu desenvolvimento cognitivo e mental. No entanto, verificamos enunciados distintos no CAPSi D, apresentando aspectos da polifonia da noção de sofrimento. Pois a participante M identifica o sofrimento mais à posição subjetiva ativa do sofredor, enquanto o participante T identifica o sofrimento ao efeito do desenvolvimento. Conforme segue:

6. “Aquele **sofrimento se tornou, de alguma forma, algum questionamento** pra ser visível, né? Onde ela pudesse se expressar é... provocando questionamento ali, né?” (Participante/M)

Neste sentido, há polifonia da noção de sofrimento entre e intra serviços de saúde mental, como se a presença de vinculação teórica orientada ao psiquismo ou ao biologicismo, fosse aparentemente auto excludente na prática dos CAPSi.

A categoria sofrimento psíquico, indissociável do sofrimento social (DUNKER, 2015), em alguns casos nos pareceu encobrir a precariedade social experimentada pelo sujeito. As narrativas sugerem que a expressão de sofrimento em razão das mazelas sociais acaba sendo identificada a histórias de transtorno mental, que acabam por desvincular a experiência subjetiva de sua relação com a realidade. O sofrimento, como afeto que produz laço social, é um fenômeno que se expressa no campo do outro através do corpo e em forma de “comportamento” – expressão do psiquismo no laço social.

A vinculação do campo psicológico aos campos social e biológico, fornece uma justificativa clínica e política para o caráter intersetorial do campo da saúde mental, favorecendo uma abertura à discussão sobre a gestão em saúde mental associada aos intersetores do cuidado.

Neste sentido, uma das características do sofrimento, o transitivismo (DUNKER, 2015), se inclui na gramática das relações sociais ao atribuir ao sofrimento a característica de identificação, isto é, o sujeito se reconhece na experiência do outro. Isso pode ser verificado nos enunciados dos CAPSi A e B, conforme segue:

CAPSi A:

4. “É... eu fiquei pensando um tempo, pensando no sofrimento psíquico, né, porque a história do Luiz, é... acontece... acontece muitas coisas que, em mim, pelo menos, **me causa o sofrimento de assistir esse tipo de coisa, né.**” (Participante /E)

CAPSi B:

3. “**Não traz, assim... A gente consegue perceber, mas ele não traz na fala dele.** Então ele fala: “Ah, eu quero um espaço pra jogar bola... Eu gosto de jogar bola... Eu quero tá em outros lugares”, né?!”. (Participante /R)

A segunda característica do sofrimento psíquico é sua estrutura de narrativa. Neste sentido, já se faz notar a matriz social do sofrimento, que precisa ser tornado narrativa para ser coletivizado. A exemplo dos enunciados dos:

CAPSi A:

6. Eu tava pensando justamente nisso, porque eu entendo que no caso do Luiz especificamente, assim, o **sofrimento psíquico**, o sofrimento, né, **genuíno dele é, de fato, esse abandono**, que se inicia lá com a mãe. Uma demanda de... de afeto, de amor, assim, né, que aí é o que ele recebe do pai dentro das condições que o pai tem. Porque aí o pai também tem seu próprio sofrimento... O seu próprio abandono. (Participante /E)

CAPSi B:

1. "... e ele vinha falando da mãe, né, **da falta** que ele sentia dela..." (Técnico de Referência)

4. "Mas nessa caminhada, ele vai me mostrando, assim desse potencial e das coisas que ele quer. **Não fala desse sofrimento, mas fala disso**. E aí os outros momentos que eu vou vendo o Pierre aqui no CAPSi, são muito assim, né, de ele vir **buscando, querendo vir conversar...**" (Participante/ R)

CAPSi C:

6. "Transgressor... impulsivo. E aí desde... desde que eu entrei no CAPSi C, né, eu percebi que, nas reuniões intersetoriais, a gente sempre tinha uma função, assim, de poder dizer que isso era uma expressão de sofrimento..." (Participante /R)

8. "Eu acho que a gente acabava entrando de querer apontar aqui... isso tava falando do sofrimento dele..." (Participante/ R)

9. "Eu ficava com essa impressão de que a gente tava num lugar assim **de introduzir a dimensão do sofrimento** e tentar forçar algumas leituras assim de "ah... vocês percebem que ele tá mais... tá mais difícil lidar com o Douglas, porque tá chegando o dia das mães...?" (Participante/ R)

CAPSi D:

3. **E agora o grande sofrimento que ela traz** é do desejo de voltar pra casa e... e ao mesmo tempo vendo que a mãe... a mãe não tá muito preparada pra isso. (Participante/V).

A terceira característica se associa às duas anteriores, pois diz respeito à exigência de reconhecimento do sofrimento pelo campo do outro para que ele possa existir. O que constitui uma política, tendo em vista que sua narrativa produz atos de reconhecimento, faz laço social e pede interpretação. Essa condição se articula aos enunciados, já citados dos CAPSi A e D. Como podemos conferir nos enunciados dos:

CAPSi A:

8. Eu acho que isso, **o processo de sofrimento do Luiz, vamos chamar assim, ele foi subjetivado no trabalho com o Luiz**, porque o que este garoto foi vivendo desde muito pequeno era uma... uma... uma... uma/ um certo negacionismo, inclusive, da possibilidade de sofrer. (Participante/ C)

CAPSi D:

6. “Aquele **sofrimento se tornou, de alguma forma, algum questionamento** pra ser visível, né? Onde ela pudesse se expressar é... provocando questionamento ali, né?” (Participante/ M)

Importante destacar que os três eixos do sofrimento abordados por Dunker mostram inseparáveis o social e o psíquico, tornado impossível compartimentar as duas instâncias em blocos auto excludentes. O sofrimento, nessa visão, é um ato político pelo que porta de intervenção no campo do Outro. Conforme verificamos no enunciado do CAPSi B:

4. “Mas nessa caminhada, ele vai me mostrando, assim desse potencial e das coisas que ele quer. **Não fala desse sofrimento, mas fala disso.** E aí os outros momentos que eu vou vendo o Pierre aqui no CAPSi, são muito assim, né, de ele vir **buscando, querendo vir conversar...**” (Participante/ R)

Nessa mesma direção – sofrimento como intervenção no campo do Outro – os CAPSi A e D avaliam o sofrimento como fruto de um trabalho bem-sucedido. Isto é, referem-se a usuários alienados de sua condição, sejam como sujeitos (CAPSi A e CAPSi D/participante M), seja pela via do desenvolvimento mental e cognitivo (CAPSi D). O sofrimento em ambas as perspectivas se enlaça ao campo do O(o)utro que se antecipa ao sujeito ao lhe reconhecer um sofredor.

Contudo, se para os profissionais o sofrimento pode ser o efeito positivo do trabalho do CAPSi, no entanto, a interpretação desse processo segue por caminhos divergentes. O CAPSi A vincula o reconhecimento do próprio sofrimento pelo sujeito à construção de cidadania e elaboração psíquica, já o CAPSi D associa isso ao desenvolvimento mental e cognitivo, o que em nossa interpretação aponta para a expectativa de um ideal a ser alcançado.

Ainda na perspectiva de Dunker (2015), quanto à característica de identificação produzida pelo afeto de sofrer, em todos os serviços houve narrativas de autorreferência ao sofrimento. Isto é, os profissionais falam do próprio sofrimento – são empáticos – seja por não poder ajudar em função do que identificam como precariedade da rede de saúde mental, seja por identificar a falta materna do usuário ao desamparo, seja pela fragilidade social expressa pela vulnerabilidade, violência, precariedade e miséria transformadas em narrativas de sofrimento em ato.

4.6. Síntese

A proposta de investigar a gestão do sofrimento psíquico na infância e adolescência no cenário dos CAPSi do município do Rio de Janeiro, por oposição a “transtorno mental”, e sua articulação com a noção de sofrimento social nos conduziu nesta pesquisa.

Os três discursos eleitos para abordar a genealogia da noção de sofrimento se vinculam às três categorias abordadas: sofrimento social associado ao discurso antropológico, transtorno mental associado ao discurso biomédico e sofrimento psíquico associado ao discurso psicanalítico.

A orientação fornecida aos quatro CAPSi indicou os seguintes critérios de eleição do caso traçador: deveriam ser caracterizados como casos complexos, conhecidos por toda a equipe e articulados à rede intersetorial. Chamou a atenção da pesquisadora a característica comum dos casos traçadores eleitos pelas equipes: os quatro serviços elegeram casos marcados pela vulnerabilidade social, com situações de abrigo institucional em todos eles. Todos são adolescentes já em idade avançada para o desligamento do serviço, que a rigor acontece aos dezoito anos; o usuário mais jovem conta 15 anos e o mais velho já conta 18 anos. Todos os casos são atravessados pelo desamparo materno, seja pela morte, pelo abandono do lar, pelo crime em uma adoção ilegal. O que nos leva a considerar a hipótese de que a escolha de casos que envolvam o sofrimento passe pela privação da figura materna, como se a figura da mãe oferecesse alguma garantia de proteção contra o sofrimento.

O modo como cada CAPSi abordou o tema sofrimento ao apresentar o caso traçador no grupo focal se mostrou muito diferente entre si e internamente às equipes, e até mesmo divergente, apontando para a polifonia discursiva presente nas equipes dos CAPSi em relação à noção de sofrimento. A exemplo do CAPSi B quando o participante D mostra discordância quanto ao diagnóstico de Pierre e quanto ao modo como o serviço se relaciona com a avó do usuário. Para o participante D, ela também sofre e demanda cuidado. Conforme relato abaixo:

Pesquisadora: E ele tem esse diagnóstico de retardo?

Participante/D: Então, eu... eu não concordo com o **diagnóstico de retardo**, pro Pierre.

Participante/I: Talvez já tenha sido, mas hoje, eu acho que...

Participante/D: Ele não é, assim...

Pesquisadora: O diagnóstico psiquiátrico aparece com um grau de importância?

Participante/D: Não. Eu acho que pro caso do Pierre, hoje, na rede, o que aparece com **grau de importância é o uso da droga**. Esse uso aparece tanto quando...

(...)

Eu acho que o **Pierre sofre**, eu acho que a Ana sofre, né, eu acho que os irmãos também, mas eu acho que o sofrimento deles, talvez, tenham construções diferentes, assim, sabe? Mas, eu digo disso, eu acho que é sempre muito importante perguntar, porque quando eu entro no caso mais recente, que eu acho que tem toda uma história antes da minha chegada, mas a Ana é colocada num lugar, agora, de uma pessoa que inclusive não possibilita que o Pierre seja cuidado, que a gravidade do Pierre é responsabilidade dela, e ela é uma senhora, assim, sabe, com limitações inclusive físicas hoje, né? E aí não tem como olhar pra Ana hoje... eu acho que o Pierre se encontra num lugar muito mais **vulnerabilizado**, porque depende dela enquanto cuidadora. (Participante /D)

O CAPSi A trouxe o caso Luiz, 15 anos, que apresenta comportamento agitado e sem sintomas psiquiátricos que justifiquem um grave sofrimento psíquico, o que divide a equipe. É como se alguns membros precisassem categorizar claramente: o social, o biológico e o psíquico. Conforme segue:

Participante/D: Pelo contrário, explora. Explora, bate [fala relativa ao pai]. Então ficava essa... ficava essa... esse questionamento, né, de... **quando que um sofrimento é maior do que o outro, né? De quando que esses sofrimentos se misturam.**

Luiz tem dificuldades de expressar sofrimento e em vários momentos a equipe discordou quanto à direção de seu tratamento: alguns membros reconhecem a indicação do caso ao cuidado e outros não reconhecem sua história como digna de acompanhamento por um CAPSi. Aparentemente, o motivo da discordância se vincula à interrogação quanto ao sofrimento psíquico do jovem como indicação ao tratamento pelo CAPSi, chegando mesmo a considerar que se o jovem não vivesse em condição de vulnerabilidade não teria indicação para o serviço. O mesmo acontece com o CAPSi B, C e D, onde alguns membros das equipes consideram que se o caso clínico não fosse marcado pela vulnerabilidade social, o paciente não estaria acompanhado pela saúde mental.

Essa lógica parece estar em acordo com a moral humanitária orientada pela ética da compaixão, conforme Fassin (2012). Ao abordar o caso traçador, profissionais de dois dos quatro serviços se emocionaram pelo que reconhecem de sofrimento no caso. Um dos profissionais do CAPSi B, em lágrimas, aborda as parcas condições de trabalho seja pela exígua equipe de profissionais no CAPSi ou pela ausência de reconhecimento do sofrimento do usuário pela RAPS, o que se vincula tanto ao eixo transativista quanto ao

eixo reconhecimento do sofrimento abordados por Dunker. Além disso, identificamos a reivindicação à RAPS, por via do reconhecimento, à moral compassiva frente a situações socialmente vulneráveis e indutoras de sofrimento psíquico.

As categorias sofrimento social e sofrimento psíquico se mostram inseparáveis, dado que a linguagem faz circular a expressão do sofrimento no campo social, a exemplo do eixo da narrativa. Já a categoria transtorno mental, veiculado pelo discurso biomédico, apresenta-se no discurso das equipes dos CAPSi por meio de enunciados orientados pelo universal da descrição fenomênica e seus representantes diagnósticos. Em todos os CAPSi o diagnóstico psiquiátrico comparece como mera exigência administrativa. O que se fez notar pela clareza das equipes quanto à história social dos casos e expressões de sofrimento psíquico, o que não se repetiu quanto aos diagnósticos psiquiátricos.

Em todos os casos pareceu que os diagnósticos psiquiátricos comparecem como exigência de instituições da rede de cuidados: saúde, educação e justiça. Destacadamente nos casos Pierre, como exigência dos setores saúde e educação para lhe conferir status de sofrimento e inclusão na educação; e, no caso Davi, na construção do cuidado com a educação e a justiça para garantir-lhe tratamento humanitário. Nos casos Luiz e Caroline, a classificação diagnóstica é mais rarefeita, tendo em vista que a condição psíquica de ambos os casos aparece nas narrativas dos profissionais como efeito do desamparo e vulnerabilidade social.

Em todos os casos apresentados pelos quatro CAPSi o diagnóstico psiquiátrico comparece de modo aparentemente contraditório e numa perspectiva utilitarista. Como se a clínica orientada ao fenômeno comportamental fosse avessa àquela que o nomeia com um diagnóstico psiquiátrico. Assim, nos enunciados das narrativas, é possível encontrarmos na mesma frase a ideia de desenvolvimento mental e cognitivo atrelada à “condição relacional do sintoma” (caso Caroline/CAPSi D); encontramos, também, as dificuldades de Pierre (CAPSi B) justificadas através do diagnóstico psiquiátrico em paralelo à crítica à rede intersetorial por demandar um diagnóstico psiquiátrico.

Já nos CAPSi A e B, a relação ao diagnóstico psiquiátrico formal se mostra menos presente nas narrativas, exceto quando ocupa a função de proteger o usuário de mais um desamparo. Isto é, aparentemente a nomeação da expressão do sofrimento com o diagnóstico psiquiátrico confere um lugar de cuidado ao usuário pelos intersetores, como é o caso de Davi (CAPSi C), que só teve o diagnóstico psiquiátrico considerado como importante questão pela equipe de saúde mental do CAPSi quando foi utilizado para garantir tratamento humanitário ao jovem.

Vemos assim, o discurso biomédico através do diagnóstico como veículo de inclusão pela via do pior, como aponta Fassin ao destacar o processo de acesso aos benefícios sociais mediante exibição da miséria pessoal. Seja pela via da precariedade social ou do estado mental, as narrativas dos quatro CAPSi mostram que o discurso biomédico se mantém como instrumento de gestão da vida de populações.

Aparentemente os CAPSi do município do Rio de Janeiro constituem uma clínica de atenção psicossocial orientada pela razão humanitária, com significativa empatia pelas condições psíquicas e sociais de seus usuários, e utiliza o discurso biomédico como recurso para a inclusão e garantia de direitos de seus usuários. Reconhecemos a partir dos grupos focais, interferências da polifonia discursiva oriunda dos três discursos – antropológico, biomédico e psíquico – na prática dessa clínica.

Os mesmos discursos parecem ganhar mais destaque em função da categoria profissional do participante do grupo focal. Assim, quando um assistente social falava, aparecia em destaque as condições sociais do usuário, quando um médico falava aparecia com destaque a referência à teoria do desenvolvimento infantil e quando um psicólogo falava, ficava mais evidente a dimensão do sujeito psíquico, por exemplo.

O modo como os serviços fazem representar o sintoma de sofrimento através do discurso do Outro parece transmitir um resto de ausência de reconhecimento da condição subjetiva da criança. Isto é, seu sofrimento se mostra nas narrativas através das histórias sociais de alta vulnerabilidade, desamparo materno e demandas oriundas dos responsáveis e de instituições, a exemplo da escola em todos os casos.

Tal característica parece exigir que retomemos os aspectos de construção cultural do sentimento de infância, abordado por Ariès como visto no capítulo 1. A infância desses jovens se caracteriza pela ausência do que é esperado ser oferecido a uma criança em acordo com o reconhecimento do mundo infantil. Os casos traçadores são atravessados por violência, abandono, crime e miséria, circunstâncias que convocam não só à compaixão, mas também ao castigo, a exemplo do caso Davi (CAPSi C), que gera muita comoção na equipe em função do abandono familiar e por ter sido preso após participar de um assalto.

A exemplo dos “lugares de escuta” abordados por Fassin (2012), onde o sofrimento experimentado pelos usuários não tinha caráter psicopatológico, também os casos traçadores eleitos não são exemplos de estados mentais patológicos mesmo que alguns sintomas remetam a tais situações. O grande destaque, no entanto, são as questões de alta vulnerabilidade social dos quatro casos, acompanhados de intenso sofrimento

psíquico. Esse último, raramente expresso como demanda do adolescente, mas transmitido em ato através da relação com a escola, onde dois dos casos trabalhados atearam fogo (Luiz e Davi), como no relato:

TR: o Luiz **não tinha um diagnóstico claro**, era justamente essa angústia, essa coisa que o pai falava, dessa dor, e que era muito difícil, e que ele fugia, e que **ele botava fogo**, e que ele mentia, e que **ele tinha botado fogo no Lorenzo Jorge [hospital municipal]**, que foi ele que botou ((risos)), as coisas mais... assim, sempre... que trazia problema, que ele tinha pego a bicicleta, que...: "Não aguento mais esse menino". (caso LUIZ/CAPSi A).

Há as crises de angústia de Carolina que só se acalmam com a chegada do Técnico de Referência do CAPSi D, os pedidos de cuidado feitos por Pierre à equipe do CAPSi B e a cena em que Luiz se deita na praça ao lado do CAPSi A, interpretada como pedido de ajuda e respondida com o abrigo institucional: “na minha opinião, ele cavou aquele primeiro abrigo (...)” (Participante/ C).

Os achados da pesquisa nos mostram, por ora:

- 1- Que os signos da “exclusão social”, “desigualdade”, “pobreza”, “vulnerabilidade” comparecem nas narrativas justificando o sofrimento psíquico (FASSIN, 2012, p. 37).
- 2- Que a entrada do signo sofrimento como resposta moral às questões sociais embaça as características de precariedade, vulnerabilidade e miséria social, diluindo o investimento das equipes em muitas e distintas frentes de trabalho.
- 3- Que a narrativa sobre a pobreza, exclusão, marginalização, vulnerabilidade social como fontes de sofrimento, tende a diluir o caráter político e social da questão. Parecendo trazer para o primeiro plano a adjetivação do social no sintagma: **sofrimento social**.
- 4- Assim como no relatório Lazarus, também nas narrativas, podemos identificar que os casos traçadores não estavam necessariamente associados a um estado mental patológico, ainda que em alguns casos os fenômenos manifestos pudessem ser identificados como tal. No entanto, assim como aponta o relatório, as questões relativas ao sofrimento psíquico não são separáveis do conjunto das condições de vida dos usuários dos serviços.
- 5- Que é importante a advertência para que não se transforme vítimas de graves circunstâncias sociais (Davi, Carolina, Pierre e Luiz) em meros pacientes com transtornos mentais.
- 6- Que adjetivar o sofrimento como “social” o associa às formas socioculturais de expressão da dor, da angústia e dos afetos humanos. Isto é, o sofrimento se apresentará a partir das coordenadas discursivas de seu tempo, espaço e lugar (DUNKER, 2014).
- 7- Que ao transtorno mental parece se associar mais à perspectiva gestora no sentido de facultar garantias de direitos sociais, bem como se mostra um recurso discursivo

estratégico para transmitir aos intersetores do cuidado a experiência de sofrimento do usuário. O que se alinha ao eixo do sofrimento como narrativa (DUNKER, 2014)

8- Que é impossível separar a expressão do sofrimento dos aspectos sociais em função da própria constituição subjetiva.

9- Que a noção de transtorno mental, representante do discurso biomédico, mantém-se presente nas práticas da saúde mental em paralelo às noções de sofrimento psíquico e sofrimento social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado, no contexto da atenção psicossocial à infância, só cumpre sua função técnica e política quando em articulação discursiva e prática com os diferentes setores da rede intersetorial: Saúde, Educação, Justiça e Assistência Social. No âmbito das políticas públicas de saúde mental a práxis da gestão consiste num exercício político de caráter clínico. Esse aspecto da gestão, nos diferentes níveis do cuidado, exige atenção ao modo como profissionais e assistidos lidam com a oferta e a demanda do cuidado em saúde mental.

Não raro, as demandas de tratamento em saúde mental para crianças e adolescentes são orientadas quase que exclusivamente pelo modelo biomédico. O que nos leva a concluir que leigos tendem a interpretar o “tratamento em saúde mental” tomando por referência a tradição biomédica, pautada na medicação e internação hospitalar. Esse tipo de atitude em relação ao fenômeno psicopatológico parece, de certa modo, guardar um resto da história pregressa da psiquiatria, marcada por equívocos associados à busca ideológica de um saber universal sobre o sujeito psíquico. Quanto a esse equívoco, Jurandir Freire Costa é protocolar:

Não existe unidade do conhecimento psiquiátrico, como, de resto, não existe unidade na *Ciência* ou na lógica científica. Psiquiatria é um conjunto de práticas sociais que vão desde a tutela custodial de indivíduos privados do direito à cidadania até experimentos farmacológicos, apoiados em ciências empíricas como a neurologia e a neuroquímica. Cada uma dessas práticas tenta dar conta do que se convencionou chamar *vida psíquica* do sujeito, em suas interações com o ambiente. Não há, portanto, como subordinar a totalidade das práticas envolvidas no campo psiquiátrico a um único critério normativo de cientificidade, a uma única teoria e, ainda menos, a duas ou três noções de algibeira. Este equívoco presente na Liga e na Psiquiatria preventiva dos anos 70, persiste em várias correntes do pensamento atual, e está na base de muitas sequelas clínicas e institucionais que afligem a práticas psiquiátricas contemporâneas. (2006, p. 11-12)

Inspirados pela experiência em CAPSi, a partir de onde reconhecemos a noção de sofrimento na infância e juventude como fundamental para a condução do tratamento em saúde mental, demos início a esta pesquisa: “A gestão do sofrimento psíquico infantojuvenil: uma pesquisa com a Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro”

Iniciamos o percurso dessa pesquisa pela história da constituição do sentimento de infância no primeiro capítulo. Tomamos por referência os clássicos Philippe Ariès e Jurandir Freire Costa; o primeiro apresenta a construção do sentimento de infância na Europa e o segundo interpreta a chegada desse discurso ao Brasil do século XIX. Nesse

percurso, desnaturalizamos o afeto dedicado à criança na contemporaneidade bem como a relação entre infância e tratamento psiquiátrico.

Investigar o modo como representantes do campo contemporâneo da saúde mental reconhecem o sofrimento e o nomeiam se inclui numa genealogia contemporânea dos discursos que concorrem para a construção da saúde mental infantojuvenil. A representação social da infância é marcada por descontinuidades, o que é verificado pelo deslocamento da ideia de criança como “adulto em miniatura” para o centro afetivo da família burguesa (ARIÈS, 1983[1971]).

Desde que a infância foi reconhecida pela via afetiva – o sentimento de infância-, ganhou lugar de destaque no processo civilizatório, sendo apropriada pelos discursos institucionais e tornando-se objeto privilegiado de investimento civilizatório. Destacamos o signo “investimento” em sua dimensão dialética na medida em que, se por um lado a criança é objeto do discurso do Outro – rede de significantes estruturante do campo simbólico –, por outro, se insere na cultura como projeto narcísico, com destaque para a instituição família.

No segundo capítulo, nomeado “Uma genealogia da noção de sofrimento” identificamos três discursos constitutivos dessa noção, o primeiro com origem no campo social, o discurso antropológico, investigado com base nos trabalhos de Didier Fassin Arthur Kleinman. Na sequência, o discurso biomédico representado pela história do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a abordagem crítica de Perring e Wells à nosologia psiquiátrica infantojuvenil em *Diagnostic dilemmas in child and adolescent psychiatry* (2014).

O terceiro discurso, o psicanalítico, inscreve-se no campo psíquico da genealogia da noção de sofrimento e toma por referência a pesquisa do Laboratório de Sociologia, Filosofia e Psicanálise (LATESFIP), do qual o professor Dr. Christian Dunker é um dos coordenadores, ao lado dos professores Vladimir Safatle e Nelson da Silva Junior. Tomamos como destaque a obra *Mal-estar, Sofrimento e Sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros* (2015). Assim, a genealogia da noção de sofrimento se constitui por discursos de ordem social, biomédica e psi(canalítico). O que reitera o caráter intersetorial do sofrimento humano, sempre psíquico e, como tal, associado ao campo do Outro.

No terceiro capítulo abordamos o sofrimento a partir de sua gestão institucional. Para tanto, recorreremos à obra de Michel Foucault abordando os conceitos de biopolítica, biopoder e governamentalidade; e, Robert Castel, com o foco no conceito de risco.

Articulamos as ideias de gestão, risco e desenvolvimento e alcançamos a clínica psiquiátrica infantojuvenil, tomando como ponto de partida o caso Vitor, trabalhado por Jean Itard no século XIX e o caso Robert ou “o Lobo”, trabalhado por Rosine Lefort na primeira metade do século XX.

Por fim, apresentamos a pesquisa de campo e sua análise. Realizamos duas sessões de grupos focais com quatro CAPSi do Município do Rio de Janeiro para investigar a gestão do sofrimento psíquico na infância e adolescência no cenário dos CAPSi do município do Rio de Janeiro e, secundariamente, analisar os enunciados discursivos e as representações relacionadas às noções de sofrimento social, transtorno mental e sofrimento psíquico na narrativa dos atores do cuidado à infância e juventude. Um de nossos objetivos foi pesquisar o modo como a noção de transtorno mental, em oposição ao sofrimento psíquico, comparece nas práticas do cuidado no campo da saúde mental.

A psicanálise em extensão participa da direção do trabalho da atenção psicossocial infantojuvenil do município do Rio de Janeiro, na medida em que, do conjunto dos nove CAPSi do município, oito de seus supervisores são psicanalistas. A exceção se deve à ausência do profissional supervisor em um dos CAPSi (contando 8 supervisores) e não pela presença de outra orientação teórica diferente da psicanálise.

Os relatos dos quatro CAPSi, nosso campo de pesquisa, revelam a tentativa das equipes de saúde mental fazerem valer a dimensão do sujeito sofrimento em sua relação com a vulnerabilidade social.

O afeto de sofrimento, por vezes, se estendeu aos profissionais dos CAPSi. Esses dão sinais de empatia com a vulnerabilidade do público-alvo dos CAPSi ao cotejarem o relato do caso traçador com a própria questão de seus precários vínculos de trabalho. Vulnerabilidade essa que se estende do corpo técnico ao próprio CAPSi ao se encontrar responsável por territórios muito maiores que o previsto em portaria reguladora (Portaria 336/2002).

Em nossa interpretação, parece possível concluirmos, por ora, que a noção de transtorno mental, representante do discurso biomédico, se mantém presente nas práticas da saúde mental em paralelo à noção de sofrimento psíquico e sofrimento social. Há, no entanto, um certo mascaramento do sofrimento motivado pelo social em favor do sofrimento psíquico que, para ser reconhecido, precisa ser nomeado como transtorno. Operação que parece precipitar os processos de medicalização da infância e adolescência. O que, em nossa interpretação, se radicaliza quando a história social da criança não lhe

oferece marcas do infantil favorecendo que o sentimento de infância se faça representar nas histórias dessas crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, J. L. F. *A história da psicanálise de crianças no Brasil*. São Paulo: Escuta, (2001).
- AGUIAR, A. A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- AJURIAGUERRA, J. de *Manual de psiquiatria infantil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.
- AMARANTE, P. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. RJ: Edt. Fiocruz, 1995.
- _____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Ed.: Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-4*. 1995. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981 [1973].
- BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: HUCITEC, 1986.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Martins fontes, São Paulo, 1977.
- BASAGLIA, F. *Escritos Seleccionados*. RJ: Garamond, 2010.
- BRAGA, CP; d'OLIVEIRA, AFL. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232018242.30582016.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília: Diário Oficial da União.
- BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Dados da RAPS no SUS. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf/@@download/file/REDE_RAPS_2021_modelo_SAPS_JULHO_2021.pdf. Acesso em: 22 ago. 2023.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <

http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf > Acesso em: 22 ago. de 2023.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 10/01/2013.

Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil S.A, 1989.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v.17, n.1, p. 77-93, 2007. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

CAMBI, F. *História da pedagogia*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP (FEU), 1999.

CAMPOS, R.O; FURTADO, JP; PASSOS, E; BENEVIDES, R. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. 2ª ed. SP: HUCITEC, 2013.

CARDOZO, A.C.A. Do infantil ao mal-estar: uma questão para a psicanálise. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Orientadora: Doris Rinaldi. 2014.

CARNUT, L. *Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil*. 2017.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987 [1981].

CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault - Um percurso pelos temas, conceitos e autores*. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

CERES, V., RECIIS, R. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.5, n.4, p.3-13, dez., 2011 [www.reciis.iciet.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278).

CHEMAMA, R. *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

CIRINO, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988 43 p. – (Série D. Reuniões e conferências, 5)

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 5. Ed. ver. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (Org.) *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004.

_____. DUARTE, C. S; DELGADO, P. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. In: Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 30. Nº 4. São Paulo Dec. 2008.

_____. DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares. In: Lauridsen-Ribeiro, EL & Tanaka, OY. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. SP: Ed. Hucitec. 2010: 271-279.

COUTO, M. C.V.; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, v.27, n.1, p.17-40, jan. 2015.

CRAWFORD, R. Salutarismo e medicalização da vida cotidiana. RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 100-121, jan./mar. 2019.

Data Rio/Instituto Pereira Passos. Armazenzinho 2022. Disponível em: https://www.arcgis.com/sharing/rest/content/items/9843cc37b0544b55bd5625e96411b0ee/resources/sm_mj_logo_1540898955967.png. Acesso em: 23 ago. 2023.

CUNHA, A. G. Dicionário etimológico da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2019 [1982].

DONZELOT, J. *A Polícia das famílias* / Jacques Donzelot ; tradução de M. T. da Costa Albuquerque ; revisão técnica de J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980. (Biblioteca de Filosofia e história das ciências; v. n. 9).

DUNKER, C. I. L. Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. **Rev. Mal-Estar e Subj.**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 94-111, mar. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482004000100005&lng=pt&nrm=iso>.

_____. C.I.L. *Mal-estar, Sofrimento e Sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. S.P: Boitempo, 2015. 1ª Ed.

_____. C.I.L. A Neurose como Encruzilhada Narrativa: Psicopatologia Psicanalítica e Diagnóstica Psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R., Jr, B.B., COSTA, J.F. (Org.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. RJ: Garamond, 2014. 1ª Ed.

_____. C.I.L.; SAFATLE, V.; SILVA Jr., N. (Orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento*. 1 ed; 1reim. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

_____. C.I.L. Questões entre a psicanálise e o DSM. In: *Jornal de Psicanálise* 47(87), 79-107, 2014.

ELIA, L. F. A Psicanálise e a ciência: o DSM e a recusa da cientificidade. ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE CURITIBA EM REVISTA, v. 1, p. 43-54, 2016.

ESPERANZA, G. Medicalizar a vida. In: Fendrik, S.; Jeruzalinsk, A. (Org). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. S.P: Via Lettera, 2011.

FARMER, P. "On suffering and structural violence: a view from below". In: KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M.M. *Social suffering*. University of California Press, 1997.

FASSIN, D.; RECHTMAN, R. *The empire of trauma: na inquiry into the condition of victimhood*. 2009 [2007]. by Princiton Univercity Press, Priceton, New Jersey.

_____. Another politics of life is possible. *Theory, Culture, Society*, Los Angeles/London/New Delli/Singapore, v.26, n.5, p.44-60. 2009.

_____. *Humanitarian reason: a moral history of the presente*. University of California Press, London, England, 2012.

_____. Os sentidos da Saúde: Antropologia das políticas da vida. In: Francine Saillant; Serge Genest, *Antropologie Médicale. Ancrages Locaux, défis globaux*. Quebec: Le Presses d'Université Laval; Paris; Antropos, 2005.

_____. LÉZÉ, S. (Org). *A questão Moral*. (2018).

FEDERAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. 9 de dezembro: Dia da Criança Especial. Disponível em: <http://portalfmb.org.br/2017/12/09/9-de-dezembro-dia-da-crianca-especial-2/>. Acesso em: 22 ago. de 2016.

FERREIRA, A.B.H. Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 8.ed. Curitiba: Positivo, 2010. 960p. JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011.

FILHO, K.P. A genealogia como método histórico de análise de práticas e relações de poder. In: *Revista de Ciências HUMANAS*, Florianópolis, v. 51, n. 2, p. 311-327, jul-dez 2017.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994 [1963].

_____. *Arqueologia do saber*. 8.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012 [1969].

_____. *A Ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 02 de dezembro de 1970*. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 22 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012

_____. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo, Martins Fontes, 2006.

_____. *Os anormais: curso no collège de France (1974-1975)*. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhte. Petrópolis, Vozes, 1987 [1975].

_____. Aula de 25 de fevereiro de 1976, In: FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976)*. Martins Fontes, S.P., 2005.

_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro. Graal, 1988 [1976].

_____. “O nascimento da medicina social”. In: *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 20ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 2004 [1979].

_____. *O nascimento da biopolítica: curso realizado no Collège de France (1978-1979)*. Edições 70, fevereiro de 2022(2010).

_____. *Ditos e escritos*, volume IV: estratégia, poder-saber. Organização, seleção de textos e revisão técnica Manoel de Barros da Motta, tradução Vera Lucia Avelar Ribeiro. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

FREUD, S. “Análise Terminável e Interminável” (1937). Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. *As pulsões e suas vicissitudes* (1915). Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: IMAGO, 1980.

_____. “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924). Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. “Conferências Introdutórias” (1917). Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. “Lembranças encobridoras” (1899). In: Volume III das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. *Mal-estar na civilização* (1929). Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. “Por que a Guerra” (1932). Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. “Psicologia das massas e análise do eu” (1921). Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905)*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREITAS, C. M. Riscos e processos decisórios: implicações para vigilância sanitária. In: Ediná Alves Costa. (Org.). *Vigilância Sanitária - desvendando o enigma*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia - EDUFBA, 2008, v., p. 107-124.

FURTADO, M. A; SZAPIRO, A.M. O lugar do sofrimento no discurso da medicina biotecnológica contemporânea. Ver. Subj., Fortaleza, v.16, n.2, p. 93- 104, ago. 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.2.93.104>

FURTOS, J. Précarité du monde et souffrance psychique, Rhizome, n° 5, juillet 2001, p.3-5, www.ch-le-vinatier.fr/orspere

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, LTC, 2008 [1963].

_____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987 [1961].

CANGUILHEM, George. *O novo conhecimento da vida*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1968.

GRENFELL, M. *Pierre Bourdieu: conceitos fundamentais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018.

GÓES, J.R.; FLORENTINO, M. “Crianças escravas, crianças dos escravos”. In: PRIORE, M.D. (Org.). *História das crianças no Brasil*. 7. Ed., 6ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 1999 [2021]).

JACÓ-VILELA, Ana Maria; MESSIAS, Maria Claudia Novaes; DEGANI-CARNEIRO, Filipe; OLIVEIRA, Camila Felix Barbosa de. Clínica de Orientação: cuidado infanto-juvenil e participação feminina na constituição do campo Psi. Rev. Psicol. Saúde [online]. 2017, vol. 9, n.2, pp. 91-105. ISSN 2177-093X. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i2.527>.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: Psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. In: *Estilos clin.*, São Paulo, v.18, n.1, jan./abr. 2013, 153-165.

KAUFMANN, P. *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. IN: *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M.M. *Social suffering*. University of California Press, 1997.

KUPFER, M.C.M. *Educação para o futuro: psicanálise e educação*. 4ª. Ed. São Paulo: Escuta, 2013.

LACAN, J. “O estágio do espelho como formador da função do eu”. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998 [1949].

_____. *O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1986 [1953-1954].

_____. Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura da psicanálise”. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998 [1960].

_____. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise (1959-1960/1988)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. *O Seminário: Livro 10 - A angústia (1962-1963)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. *O Seminário: Livro 11 - Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *O Seminário: Livro 16 - De um Outro ao outro (1968-1969)*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. *O Seminário: Livro 17 – O avesso da psicanálise (1969-1970)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LAJONQUIÈRE, L. *Figuras do infantil*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

LEOPOLDO (Orgs.) *Escritos & ensaios 1: Estado, processo, opinião pública*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006 [1986].

LOBO, L.F. *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008. 2ª ed.

LOBO, L.F. e FRANCO, D.A. (Orgs). *Infâncias em devir: ensaios e pesquisa*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2018.

LOURAU, René. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACEDO, L.C.; et al. *Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. V.2, n. 26, p. 649-57, jul./set., 2008.

MAGALHÃES, S.C. *A criança em nós*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico: Ágalma, 2013.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n.2. p. e290213, 2019.

_____. ROMANÍ, O. Risco, biopolítica e governamentalidade: tecnologias de controle social. *Gavagai - Revista Interdisciplinar de Humanidades*, v. 6, n. 2, p. 56-71, 1 ago. 2020.

MARTINS, L.A.M e PEIXOTO JUNIOR, C.A. Genealogia do biopoder. *Psicologia & Sociedade* [online]. 2009, v. 21, n. 2 [Acessado 1 Maio 2022], pp. 157-165. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000200002>>. Epub 04 Dez 2009. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000200002>.

MAUAD, A.M. “O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império”. In: PRIORE, M.D. (Org.). *História das crianças no Brasil*. 7. Ed., 6ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 1999 [2021]).

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ed., São Paulo: Hucitec, 2008.

NESPOLI, G. Biopolíticas da participação na saúde: o SUS e o governo das populações. In: GUIZARDI, Francini L. et al (Org.). *Políticas de participação e saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE, 2014. p. 59-90.

NEVES et al, A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. In: Safatle, V.; Júnior, N. S.; Dunker, C. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

OLIVEIRA, C. Eugenizar a alma: a constituição da euphrenia no projeto de higiene mental voltado à infância da Liga Brasileira de Higiene Mental. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [online]. 2011, v. 14, n.4, pp. 627-641. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000400004>

OLIVEIRA, I.A; SOUZA, R.R. *A constituição do objeto de pesquisa em representações sociais: da apreensão intuitiva do fenômeno para a sua prática de investigação*. 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. In: *Caderno de Saúde Coletiva*. R.J, 22 (5): 1053-1062, mai. 2006.

_____. *Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*. 2 ed. – São Paulo: Hucitec, 2014.

OTA, N.K. Breve inventário francês de sofrimento social. *Psicologia USP* [online]. 2014, v. 25, n.1, pp. 51-62. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0103-65642014000100006>

OURY, J. O coletivo. S.P., Editora Hucitec, 2009.

PASSOS, I. C. F. A Análise Foucaultiana do Discurso e sua Utilização em Pesquisa Etnográfica. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, v. 35, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35425>. Acesso em: 22 ago. 2023.

PERRING, C.; WELLS, L.A. Diagnostic dilemmas in child and adolescent psychiatry: philosophical perspectives. Oxford University Press, 2014.

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; Secretaria Municipal de Saúde; Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses – SUBVISA; Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador – CST. *Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, abril de 2017.

PRIORE, M.D. (Org.). *História das crianças no Brasil*. 7. Ed., 6ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2021 [1999].

RESENDE, H. (Org.), *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte, ed. Autêntica, 2015. (Coleção Estudos Foucaultianos).

ROUDINESCO, E.; PLON, M. Dicionário de Psicanálise. R.J: Jorge Zahar Ed., 1998.

SANTOS, R.J. *Antropologia para quem não vai ser antropólogo*. Porto Alegre, 2005.
SCHECHTMAN, A. Psiquiatria e infância: um estudo histórico sobre o desenvolvimento da psiquiatria infantil. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social (IMS), UERJ, 1981.

SILVA, M.B. Reflexividade e implicação de um “pesquisador-nativo” no campo da saúde mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios “colegas de trabalho”. In: CAMPOS - Revista de Antropologia Social. Edit: Universidade Federal do Paraná. 2007.

SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE MENTAL - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em <https://saude.prefeitura.rio/saude-mental/>

TELES, F. M.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. Necessidades de assistência à criança com deficiência. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 34, n. 4, p. 447-453, dez. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n4/pt_0103-0582-rpp-34-04-0447.pdf. Acesso em: 23 ago. 2023.

VICTORA, C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S. l.]*, v. 5, n. 4, 2011. DOI: 10.3395/reciis.v5i4.764. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/764>. Acesso em: 13 ago. 2023.

WERLANG, R; MENDES, J. M. R. Sofrimento social. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2013, n.116, pp.743-768. ISSN 0101-6628. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282013000400009>.

WILKINSON, I., Health, risk and ‘social suffering’. In: *Health, Risk & Society*, March 2006; 8(1): 1 – 8.

ZORZANELLI, R.T; Cruz, M. G.A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface (Botucatu)*, v.22, n.66, p.721-731, 2018. Disponível

em: <https://www.researchgate.net/publication/325271672> O conceito de medicalizacao em Michel Foucault na decada de 1970. Acesso em: 22 ago. 2023.

_____. Ortega, F.; Bezerra, Jr, B.B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Ciência e Saúde Coletiva. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/323322341> Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalizacao entre 1950-2010. Acesso em: 22 ago. 2023.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “A gestão do sofrimento psíquico infantojuvenil: uma pesquisa qualitativa com a rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro”, conduzida por Alda Carla Alves Cardozo. Este estudo tem por objetivo qualificar a rede de cuidados no âmbito da assistência à população infantojuvenil.

Você foi selecionado(a) por atuar como profissional da equipe técnica de um dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) do município do Rio de Janeiro e ter experiência no campo da saúde mental há, no mínimo, dois anos. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará prejuízo.

Os riscos relacionados à entrevista consistem na possibilidade de que os temas abordados possam trazer sentimentos de angústia ligados a situações clínicas rememoradas quanto ao trabalho. Assim, a pesquisadora garante estar disposta a ouvir e compreender tudo o que o(a) participante quiser dizer, assim como discutir com o(a) mesmo(a) as medidas cabíveis, que podem resultar em encaminhamento para assistência, interrupção ou continuidade da entrevista. Todas as ações adotadas serão tomadas conforme o desejo do(a) entrevistado(a).

Sua participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes, tendo em visto que é a pesquisadora quem se deslocará para a realização do grupo focal no CAPSi.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista em grupo, semidirigida, orientada pela discussão de um caso clínico eleito pela própria equipe em reunião de supervisão. A entrevista em grupo será realizada no próprio CAPSi de origem dos participantes, com duração de duas horas, será gravada, será composta pelos membros da equipe técnica do CAPSi e pela pesquisadora. Abordaremos os orientadores do cuidado em atenção psicossocial infantojuvenil a partir de um caso clínico eleito pela

equipe técnica em supervisão. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. A pesquisadora garante o sigilo das informações. Os dados coletados e trabalhados serão tornados públicos em tese de doutorado.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. De acordo com a Resolução 510/16 Art. 28, os dados coletados deverão ficar armazenados pelo período mínimo de cinco anos.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e/ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável / coordenadora da pesquisa. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e a pesquisadora rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar a pesquisadora responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos a seguir:

Contatos do pesquisador responsável:

Alda Carla Alves Cardozo – Doutoranda do Programa de Saúde Coletiva (CHS/IMS/UERJ)

Cel.: (21) 98727 0914

E-mail: psialda36@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Ao assinar este documento, o(a) participante declara que entende os objetivos, riscos e benefícios de sua participação, e que concorda em ser incluído(a) na pesquisa.

Você autoriza a gravação de voz da sua entrevista? Sim () Não ()

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXO B - Termo de Autorização Institucional**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

PESQUISA: A gestão do sofrimento psíquico infantojuvenil: uma pesquisa com a rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro.

Responsável: Alda Carla Alves Cardozo.

Eu, _____, responsável pela Instituição _____ declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. A pesquisa nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil se constituirá de 2 encontros para a realização de grupo focal com as equipes técnicas e acesso a prontuários. Caso necessário, podemos revogar esta autorização, a qualquer momento, se comprovadas atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou ao sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro, ainda, que não recebemos qualquer tipo de remuneração por esta autorização, bem como os participantes também não o receberão. E asseguramos que possuímos a infraestrutura necessária para a realização/desenvolvimento da pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Responsável pela Instituição (*assinatura e carimbo legível*)

Se desejar qualquer informação adicional sobre este estudo, envie uma mensagem:
Alda Carla Alves Cardozo, e-mail: psialda36@gmail.com, cel.: (21) 98727 0914.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona as segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

ANEXO C – Roteiro do grupo focal**Roteiro do grupo focal:**

1. Quais os critérios de eleição de um caso para o acompanhamento em um CAPSi?
2. Quais foram os critérios de indicação de tratamento/acompanhamento desse caso por este CAPSi?
3. Como foi construído o Projeto Terapêutico Singular (PTS)?
4. Quais os objetivos do tratamento?
5. Quais as dificuldades para a realização do PTS?
6. Há critérios de avaliação da promoção de cuidado?
7. Há critérios de avaliação da melhora do quadro paciente?
8. Há critérios de avaliação da piora do quadro do paciente?
9. Há critérios de alta do CAPSi?
10. Se houver, quais são?
11. Como a questão do sofrimento psíquico se insere na avaliação do paciente?
12. Como o diagnóstico de transtorno mental se inclui na indicação ao tratamento?

ANEXO D – Quadro 1

Quadro 1:

Rede CAPS – CAPS por UF e tipo. Brasil, 2020

Tabela 5 – CAPS por tipo, estado e região – Brasil – 2020

UF/Região	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSI	CAPSad	CAPSad III	Total
Distrito Federal	3.055.149	1	3	0	2	4	3	13
Goiás	7.113.540	48	18	1	3	8	2	80
Mato Grosso do Sul	2.809.394	16	7	3	2	4	1	33
Mato Grosso	3.526.220	31	3	0	3	5	0	42
Centro-oeste	16.504.303	96	31	4	10	21	6	168
Acre	894.470	5	1	0	0	1	0	7
Amazonas	4.207.714	15	5	2	1	1	1	25
Amapá	861.773	2	0	0	1	1	1	5
Pará	8.690.745	57	18	4	3	7	1	90
Rondônia	1.796.460	14	5	0	1	1	0	21
Roraima	631.181	7	1	1	0	1	0	10
Tocantins	1.590.248	12	2	0	0	2	3	19
Norte	18.672.591	112	32	7	6	14	6	177
Alagoas	3.351.543	52	6	0	1	2	1	62
Bahia	14.930.634	191	34	3	12	18	6	264
Ceará	9.187.103	71	31	4	9	23	4	142
Maranhão	7.114.598	56	17	4	3	7	0	87
Paraíba	4.039.277	63	9	3	13	8	9	105
Pernambuco	9.616.621	71	28	5	11	13	6	134
Piauí	3.281.480	44	10	1	2	7	1	65
Rio Grande do Norte	3.534.165	19	12	1	3	10	2	47
Sergipe	2.318.822	30	4	3	2	5	0	44
Nordeste	57.374.243	597	151	24	56	93	29	950
Paraná	11.516.840	69	30	5	11	28	12	155
Rio Grande do Sul	11.422.973	84	41	2	31	33	11	202
Santa Catarina	7.252.502	67	15	2	9	14	1	108
Sul	30.192.315	220	86	9	51	75	24	465
Espírito Santo	4.054.052	13	9	1	2	5	1	31
Minas Gerais	21.292.666	182	61	17	42	47	19	368
Rio de Janeiro	17.366.189	50	48	6	31	25	5	165
São Paulo	46.289.333	118	114	44	80	89	16	461
Sudeste	89.012.240	363	232	68	155	166	41	1.025
Brasil	211.755.692	1.388	532	112	278	369	106	2.785

Fonte: Elaboração própria.

FONTE: [Painel saúde mental 20 anos da Lei 10.216 DESINSTITUTE.pdf](#)

ANEXO E – Quadro 2

Quadro 2:

Tabela 6 - Número de CAPS por tipo e ano - Brasil - 2002-2020

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2002	145	186	19	32	42	0	424
2003	173	209	24	37	57	0	500
2004	217	237	29	44	78	0	605
2005	278	269	32	57	102	0	738
2006	436	322	38	76	138	0	1.010
2007	525	346	39	85	160	0	1.155
2008	617	382	39	102	186	0	1.326
2009	685	400	46	113	223	0	1.467
2010	761	418	55	128	258	0	1.620
2011	822	431	63	149	272	5	1.742
2012	917	458	68	174	303	18	1.938
2013	993	467	75	190	319	35	2.079
2014	1.085	473	81	202	330	51	2.222
2015	1.154	486	86	211	345	68	2.350
2016	1.216	505	91	231	356	85	2.484
2017	1.270	515	97	244	367	90	2.583
2018	1.286	520	98	252	366	91	2.613
2019	1.339	525	103	260	364	100	2.691
2020	1.388	532	112	278	369	106	2.785

Fonte: Elaboração própria

¹⁷ Existem ainda 3 CAPSad IV habilitados no Ministério da Saúde, todos no ano de 2019. Por não estarem articulados à RAPS não são considerados aqui. Para mais informações sobre os CAPSad IV ver a seção Retrocessos e Impasses.

Fonte: Painel saúde mental 20 anos da Lei 10.216 DESINSTITUTE.pdf