



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

Martha Gerck Pinto Carneiro

“Os descabeçados”: os sentidos atribuídos aos diagnósticos psiquiátricos infantis por cuidadoras de crianças em tratamento em um Hospital Pediátrico no Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

Martha Gerck Pinto Carneiro

“Os descabeçados”: os sentidos atribuídos aos diagnósticos psiquiátricos infantis por cuidadoras de crianças em tratamento em um Hospital Pediátrico no Estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, 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

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

C289 Carneiro, Martha Gerk Pinto.
“Os descabeçados”: os sentidos atribuídos aos diagnósticos
psiquiátricos infantis por cuidadoras de crianças em tratamento em
um Hospital Pediátrico no Estado do Rio de Janeiro / Martha Gerk
Pinto Carneiro – 2023.
158 f.

Orientador: Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado
do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Psiquiatria infantil. 2. Transtornos mentais. 3. Características
culturais. 4. Processo Saúde-Doença. 5. Rio de Janeiro (Estado).
.I. Lima, Rossano Cabral. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 616.895-053.2

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

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

Assinatura

Data

Martha Gerk Pinto Carneiro

**“Os descabeçados”: os sentidos atribuídos aos diagnósticos psiquiátricos infantis
por cuidadoras de crianças em tratamento em um Hospital Pediátrico
no Estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 07 de dezembro de 2023.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima (Orientador)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Rogério Lopes Azize

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Maria Cristina Ventura Couto

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José (in memoriam) e Eliane, às minhas filhas, Anna Clara e Maria Flor e ao meu querido marido, Vitor Felipe.

AGRADECIMENTOS

Às mães, mulheres, cuidadoras frequentadoras e usuárias do Hospital Infantil que são o começo, o meio e o fim dessa pesquisa;

Às crianças trazidas por essas cuidadoras, pela paciência em aguardar as entrevistas, como em suportar as tantas incertezas em suas vidas;

À minha querida mãe, pela incansável parceria e suporte, sem ela nada seria possível;

Ao meu avô, Carlos Gerk (in memoriam), obrigada por tudo e por tanto, “não esmorecer, para não desmerecer”, assim ele dizia, frase que me acompanha;

À minha querida comadre, Paula Colodetti, por sua enorme generosidade;

À colaboração, participação e apoio dos funcionários do Hospital Infantil, em especial o “meu chefinho” Matheus Toledo, “meu fiel escudeiro” David Gurgita e o “Robin Hood” Vinicius Kaleb Alves Viana;

À minha irmã Cristine Gerk;

Ao meu amado pai, José Pinto Carneiro (in memoriam) que sempre procurou enaltecer o valor do estudo e que me trouxe o gosto pela Filosofia e Sociologia.

RESUMO

CARNEIRO, M. G. P. *“Os descabeçados”*: os sentidos atribuídos aos diagnósticos psiquiátricos infantis por cuidadoras de crianças em tratamento em um Hospital Pediátrico no Estado do Rio de Janeiro. 2023. 158 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Este trabalho parte da problematização dos diagnósticos psiquiátricos infantis para além do discurso médico-científico, inserido no debate das formas diferenciais da experiência da saúde e da doença entre diferentes atores sociais. Trata-se, aqui, da análise de uma noção dotada de significados específicos para as famílias que vivem o fenômeno, em função de conceitos singulares de saúde e de doença culturalmente elaborados. Para tanto, tomou -se como referência a literatura que aponta para diferenças culturais entre aqueles identificados e em consonância com uma visão de mundo da modernidade nos setores médios (equipe de saúde, profissionais da escola e conselho tutelar) e os que buscam o Sistema Único de Saúde. Estes últimos em sua maioria pertencem às classes populares, cuja visão de mundo seria mais regida por representações hierárquicas, relacionais, de “pessoa”. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, com entrevistas das cuidadoras de crianças em tratamento no ambulatório de psiquiatria em um Hospital Pediátrico com o objetivo de alcançar os sentidos atribuídos por essas pessoas a estes diagnósticos. A partir da Análise do Discurso, pôde-se observar que, a despeito da presença de noções compatíveis com o idioma dos nervos, não há uma homogeneidade na apresentação da identidade psicológica nas camadas populares reveladas pelas cuidadoras das crianças atendidas no ambulatório de psiquiatria infantil. Pudemos perceber a diversidade dos suportes de identificação dessas cuidadoras e de suas expectativas sobre o desempenho e o comportamento dos filhos/netos/bisnetos tanto na escola como em casa.

Palavras-chave: Psiquiatria infantil. Saúde mental. Nervos. Diagnósticos psiquiátricos.

ABSTRACT

CARNEIRO, M. G. P. *“The headless”*: the meanings attributed to child psychiatric diagnoses by caregivers of children undergoing treatment at a Pediatric Hospital in the State of Rio de Janeiro. 2023. 158 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This work starts from the problematization of child psychiatric diagnoses beyond the medical-scientific discourse, inserted in the debate on the differential forms of the experience of health and illness between different social actors. This is an analysis of a notion endowed with specific meanings for families who experience the phenomenon, based on unique culturally elaborated concepts of health and illness. To this end, we took as a reference the literature that points to cultural differences between those identified and in line with a world view of modernity in the middle sectors (health team, school professionals and guardianship council) and those who seek the Unified System of Health. The latter mostly belong to the popular classes, whose worldview would be more governed by hierarchical, relational representations of “person”. Qualitative research was carried out, with interviews with caregivers of children undergoing treatment in the psychiatry outpatient clinic of a Pediatric Hospital with the aim of reaching the meanings attributed by these people to these diagnoses. From the Discourse Analysis, it was possible to observe that, despite the presence of notions compatible with the language of nerves, there is no homogeneity in the presentation of psychological identity in the popular classes revealed by the caregivers of children treated at the child psychiatry outpatient clinic. We were able to perceive the diversity of these caregivers' identification support and their expectations regarding the performance and behavior of their children/grandchildren/great-grandchildren both at school and at home.

Keywords: Child psychiatric. Child psychiatric diagnoses. Mental health. Nerves.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos Atendimentos Totais por mês (série 1) e de Atendimentos de Primeira Vez (série 2)	99
Gráfico 2 - Frequência das idades nos atendimentos	102
Gráfico 3 - Frequência de Diagnósticos Fornecidos às Crianças Categorizados pelo CID 10 durante os 14 meses da pesquisa	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de Frequência de Atendimentos por Município no período de outubro de 2021 a setembro de 2022	97
Tabela 2 - Frequência Mensal de Atendimentos e de Atendimentos de Primeira vez	98
Tabela 3 - Frequência de Crianças Trazidas pela mãe, pai e outros	100
Tabela 4 - Distribuição de frequência pelos anos entre novembro de 2021 e outubro de 2022.	101
Tabela 5 - Frequência de Diagnósticos Fornecidos às Crianças Categorizados pelo CID 10 durante os 14 meses da pesquisa	103

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	A CONSTRUÇÃO DA INFÂNCIA	21
1.1	Modelo eurocêntrico	23
1.2	Outras infâncias	28
1.3	O Cultivo da infância e a ascensão dos direitos das crianças no Brasil	30
2	A PSIQUIATRIA INFANTIL E SUAS INTERFACES	38
2.1	História da Psiquiatria infantil	38
2.2	Contexto Brasileiro	43
2.3	Classificação dos diagnósticos psiquiátricos infantis	47
2.4	Por uma psiquiatria crítica	54
2.5	O ‘efeito de arco’ (<i>looping effect</i>) e os diagnósticos psiquiátricos infantis .	63
3	CONTRIBUIÇÕES FILOSÓFICAS E SOCIOANTROPOLÓGICAS	69
3.1	Ao tema da saúde e da doença	69
3.2	Ao Cuidado	84
4	OS DESCABEÇADOS: ADENTRANDO O CAMPO EMPÍRICO	93
4.1	Metodologia	93
4.2	O município de Duque de Caxias	94
4.3	A saúde mental infantojuvenil em Duque de Caxias	95
4.4	O ambulatório de Psiquiatria infantil do HHS	96
4.5	As entrevistas	104
4.6	Análise dos dados	108
4.6.1	<u>Reinterpretações e criações: os descabeçados, interagidos e com Hiperatismo</u>	110
4.6.2	<u>Consciência da doença</u>	118
4.6.3	<u>E a escola</u>	126
4.6.4	<u>E o cuidado</u>	129
4.6.5	<u>E a infância</u>	135
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
	REFERÊNCIAS	144
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Aberta Semi estruturada	158

INTRODUÇÃO

A área mais geral de investigação teórica na qual a presente pesquisa se insere é o campo da saúde mental infanto-juvenil. A partir da minha experiência de quase 15 anos como psiquiatra infantil, tanto no ambulatório do Hospital Infantil Ismélia da Silveira (HIIS) como no CAPSIJ do Município de Duque de Caxias, comecei a observar que os cuidadores das crianças atendidas não demonstravam dar o mesmo significado ou atribuir o mesmo sentido aos diagnósticos psiquiátricos apresentados pelos segmentos portadores dos saberes biomédicos, nos quais me incluo. Na grande maioria, são mães e avós aflitas, com longas cartas do conselho tutelar e/ou da escola solicitando diagnósticos. Em menor quantidade, elas chegam por livre demanda.

O HIIS tem uma localização central no município de Duque de Caxias, na sua principal avenida. Trata-se de um Hospital Pediátrico Geral, com atendimento ambulatorial de diversas especialidades médicas infantis e outros terapeutas; uma grande área de internação; e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pediátrica anexa, a única do município. A área do ambulatório conta com uma entrada única, onde, a partir de uma fila também única, as crianças e seus responsáveis são encaminhados a uma grande sala de espera. De lá são chamados pelos nomes para serem recebidos em suas consultas. No hospital, são atendidas na sua maioria crianças de até 12 anos de idade. No ambulatório de psiquiatria, segundo levantamento realizado pela equipe de atendimento e disponível no capítulo 4 desta dissertação, os diagnósticos circulam entre: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Retardo Mental Leve, Moderado e Grave; Transtorno Opositivo-desafiador; Transtorno de Conduta; Transtorno de Ansiedade e Depressão; e Autismo, segundo o Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais (DSM 5) e Código Internacional das Doenças (CID 10). Não há uma equipe de saúde mental, mas atendimentos com profissionais de psicologia, fonoaudiologia e serviço social, além da psiquiatria e da neurologia, são oferecidos de forma individual. O público atendido deveria ser exclusivamente formado por moradores de Duque de Caxias. No entanto, devido à carência deste serviço na Baixada Fluminense, há moradores de São João do Meriti, Belford Roxo, Nova Iguaçu e outras localidades entre os pacientes. Mais recentemente, em vista do desmonte da saúde pública, moradores do município do Rio de Janeiro também procuram o Hospital Pediátrico em busca de atendimento.

As queixas se repetem: “meu filho não para quieto”; “não senta para estudar”; “não aprende nada”; “não sabe ler”; “é agressivo, violento com os colegas, com a professora e comigo”; “meu filho está descabeçado”. Diante desta última queixa principal, e intrigada com esta afirmação que define o filho como alguém “descabeçado”, percebi a importância da compreensão dos sentidos utilizados por essa população e assim intitulei o presente trabalho. O que seria exatamente estar “descabeçado”? Sem cabeça corresponderia a estar sem cérebro? Estar “descabeçado” teria relação com “sofrer dos nervos”? “Descabeçado” teria um sentido holista ou estaria mais próximo da medicalização da vida?

Em 2013, o ambulatório passou por alguns percalços. Recebemos uma notificação da Secretaria Municipal de Saúde – mais precisamente da Coordenação de Saúde Mental – de que o ambulatório deveria acabar. O argumento era: “essas crianças não têm nada, trata-se de um problema social”. O Departamento de Psicologia do Hospital Infantil, as famílias das crianças e eu lutamos em reação à tal injusta ameaça. Após algumas passeatas, inúmeros documentos enviados ao secretário de saúde e à Coordenação de Saúde Mental, infinitas reuniões e intervenção do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), o ambulatório permaneceu. Este embate, seus argumentos, documentos, cartas e resultado constituem, por si só, um tema de pesquisa. No entanto, opto por direcionar meu olhar às demandas da população por um diagnóstico, seja sob pressão da escola, do Conselho Tutelar ou por livre demanda.

De outra forma, a categoria “problema” contida na fala da Coordenação de Saúde Mental traz algumas perguntas: o “problema” é visto como social por não se adequar à ordem psiquiátrica? Será que não haveria algo a ser cuidado? Um “problema” encarado como social teria um valor diferente frente à saúde mental? Haveria, no senso comum, uma hierarquia do “mental” acima do “social” alimentado pela demanda da escola e/ou Conselho Tutelar? E o que pensar acerca da atenção psicossocial? Apesar de serem perguntas extremamente importantes para o eixo sofrimento mental versus social, neste trabalho, por privilegiar a questão dos diagnósticos, não iremos respondê-las.

E assim, no interior desse debate recorrente no campo da Antropologia Médica/da Saúde, surgem outras indagações: será possível observarmos a oposição entre diferentes visões de mundo? Entre os modelos relacionais de “pessoa” e o modelo do “indivíduo” ocidental moderno (Duarte, 2002)? Ou quem sabe estamos diante de outra visão de mundo? Tais visões de mundo se desdobram em diferentes registros sobre o corpo, a doença e a pessoa. E, assim, torna-se possível a observação do que foi descrito

como a oposição entre pessoa e indivíduo. Racionalismo e individualismo seriam valores que reverberam em percepções de corpo e doença mais fisicalistas, frequentemente encontradas nas classes médias; e mais relacionais e holistas, no caso das classes populares (Duarte, 2002). Portanto, na perspectiva antropológica, os diagnósticos psiquiátricos infantis são considerados não apenas a partir da elaboração do discurso médico-científico – uma visão muitas vezes disseminada e imposta pelas instituições que legitimam aquele discurso. Trata-se, aqui, da análise de uma noção dotada de significados específicos para as pessoas que vivem o fenômeno, em função de conceitos singulares de saúde e de doença culturalmente elaborados (Nakamura, 2016).

Digno de nota nos diferentes discursos acerca desses diagnósticos é o fato de serem elaborados por adultos, que, ao falarem sobre o assunto, revelam diferentes significados da doença, dos comportamentos infantis e, fundamentalmente, das crianças. Desloca-se, assim, a análise do fenômeno de uma perspectiva biomédica à perspectiva sociocultural, então, damos relevância ao fenômeno como manifestação cultural de visões de mundo particulares – incluindo-se a biomédica – de adultos sobre crianças.

Opto por utilizar neste trabalho o termo Antropologia Médica/da Saúde, o que transmite certa ambiguidade na nomeação desta subárea, reflexo da falta de definição conceitual na sua semântica. Tal aparente indefinição deriva do conjunto de profissionais que, no Brasil, são formados em escolas francesas e anglo-saxônicas – ou em centros acadêmicos brasileiros sob influência ora de umas, ora de outras –, coexistindo ambiguidade, permissividade e aleatoriedade na utilização dos termos em questão (Minayo, 1998). Na tradição americana ou inglesa o uso do termo Antropologia Médica se desenvolveu junto com a Sociologia e a Psicologia Social, dentro do campo da Saúde Pública, sob a base das “ciências da conduta”. Esta tradição era desenvolvida, entre os anos de 1950 e 1970, dentro da corrente funcionalista da Sociologia, voltada para a adequação de normas, saberes e linguagem médica aos diferentes contextos leigos, em particular ao dos povos colonizados e subdesenvolvidos (Minayo, 1998). Já a Antropologia francesa problematizou o termo Antropologia Médica – mostrando sua concepção reduzida e sua submissão conceitual e instrumental (Herzlich, 1991) – e passou a trabalhar com Antropologia da Saúde. Em recente revisão de trabalhos neste campo, que considera o intervalo entre os anos de 1990 e 2015 na América Latina, a ambiguidade do termo permanece (Menendez, 2018).

Quando me refiro às classes médias e às classes populares, parto do princípio de que vivemos em uma sociedade de classes, na qual as desigualdades sociais, políticas e

econômicas são extremadas, ultrapassando os limites da compreensão. Temos no Brasil uma longa história de definições para “grupos populares” e “classes trabalhadoras urbanas” – termos usados e criticados por cientistas sociais e historiadores, de Bourdieu (1983) a Duarte (1986). Neste trabalho, tais termos se referem a grupos de baixa renda. No entanto, sua utilização não se restringe a um possível determinismo econômico, tampouco implica em apagamento das diferenças ou em isolamento dos sistemas simbólicos deste universo social.

Ao questionar o processo de medicalização comumente encontrado nas classes médias utilizo esse termo partindo da definição conceitual apresentada pelo sociólogo Peter Conrad. Ele fala que a “medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (Conrad, 2007 *apud* Zorzanelli; Ortega; Bezerra, 2013, p. 186). Assim como esse autor, entendo que a medicalização é um processo que abrange inúmeras irregularidades. Ele vai depender de seu alvo, do grupo social ao qual pertence esse alvo, e assim, vai se configurar como um processo variável, anômalo e desigual.

Incluo nessa discussão o psiquiatra húngaro, referência na saúde mental mundial, que residiu nos Estados Unidos, Thomas Szasz. Colocando em questão “O Mito da Doença Mental”, seu principal livro, o autor propõe analisar o conceito de medicalização em diferentes graus, sempre variáveis em função de cada caso específico e do contexto social. Neste caso fica clara a importância de aprofundar o contexto e/ou cenário cultural no qual o suposto processo de medicalização estaria ocorrendo, independentemente dos impostos pela autoridade médica, bem como dos diferentes usos das categorias diagnósticas, tendo como alvo objetivos medicalizantes ou não (Zorzanelli; Ortega; Bezerra, 2013), o que penso estar incluído na presente pesquisa.

Este trabalho, portanto, parte da problematização dos diagnósticos psiquiátricos infantis, inserido no debate das formas diferenciais da experiência da saúde e da doença entre diferentes atores sociais. Segundo a literatura consultada haveria uma diferença cultural entre aqueles identificados e em consonância com uma visão de mundo da modernidade nos setores médios (equipe de saúde, profissionais da escola e conselho tutelar) e os que buscam o Sistema Único de Saúde. Estes últimos em sua maioria pertencem às classes populares, cuja visão de mundo parece mais regida por representações hierárquicas, relacionais, de “pessoa”.

No grupo das classes médias foi observado, em trabalhos anteriores, um compromisso originário com características da ideologia do individualismo, tais como o universalismo/racionalismo e o cientificismo/fisicalismo – o que recentemente parece sofrer abalos importantes diante de um forte movimento atual anticiência. O grupo dos populares, foco desta pesquisa, parece resistir aos modos tradicionais de modernização, com representações holísticas (Duarte, 1986). No entanto, é possível que encontremos uma mescla dessas duas visões de mundo, defendidas por Duarte em 1986, ou ainda uma nova visão atual. E assim, este trabalho privilegia a linguagem e o significado – ou seja, o que é dito por aqueles que vivem o fenômeno –, na contramão do cientificismo, abandonando o viés mecanicista, com sua ênfase nas avaliações quantitativas e na sofisticação tecnológica.

E assim sendo, esta pesquisa empírica busca encontrar quais os sentidos atribuídos e compartilhados pelas cuidadoras das crianças usuárias/avaliadas no ambulatório do Hospital Infantil Ismélia da Silveira, localizado no Município de Duque de Caxias (RJ), no início desta terceira década do nosso século, aos diagnósticos psiquiátricos estabelecidos pelos médicos. Portanto, o foco desta pesquisa são as mulheres que buscam o serviço, geralmente pertencentes à classe popular, ávidas ou não por um diagnóstico psiquiátrico para crianças com 12 anos ou menos. A presente pesquisa tenta compreender se a “doença dos nervos”, tão estudada e relacionada à saúde mental das classes trabalhadoras urbanas ainda teria representação no contexto atual. A força dos nervos poderia ser pensada na saúde mental dessas crianças ou estamos diante de outra forma de expressão, como por exemplo “crianças descabeçadas”? De que maneira essas pessoas se apropriam do vocabulário médico? Como as categorias por eles estabelecidas conversam com as concepções da biomedicina? E assim, ao ouvir a voz das usuárias do SUS, no que diz respeito aos diagnósticos psiquiátricos infantis, busca-se identificar os diferentes sentidos relacionados a essa experiência de saúde-doença nessa população específica. Considera-se a diversidade cultural, as implicações em relações sociais e morais e a Antropologia Médica/da Saúde. Desta forma, visamos analisar quais os valores referenciados a estes diagnósticos e sua legitimação através de laudos com Classificação Internacional de Doenças (CID).

Como a grande maioria dessas cuidadoras são mães, esta pesquisa pretendeu entender o lugar das mulheres nas classes populares, no que se refere ao cuidado dessas crianças atendidas no ambulatório. Parece-nos que seu papel vai além do cuidado, abarcando também a responsabilidade do controle social, moral, sanitário e higienista.

Buscou-se compreender em que medida os diagnósticos mudam ou não os cuidados dispensados às crianças e se, a partir desses laudos, há alguma mudança na identidade dos cuidadores – ou seja, víamos aprofundar a compreensão da relação entre cuidado e gênero.

Além disso, a pesquisa pode identificar ganhos, vantagens e direitos diretos e/ou indiretos que estes diagnósticos eventualmente proporcionam, como: olhar diferenciado na escola, com aprofundamento do projeto pedagógico; mais atenção do professor e da coordenação pedagógica; acesso à sala de recurso; possibilidade de atendimento por outras profissionais da saúde que tendem a encorpar o projeto pedagógico (por exemplo, fonoaudiólogas, psicólogas, terapeutas ocupacionais, psicopedagogas); acesso ao auxílio da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e ao passe livre para os transportes. Ou seja, os diagnósticos psiquiátricos proporcionam oportunidades?

Por fim, buscaremos compreender o sentido/sentimento de infância para estas responsáveis e de que maneiras compreendem a norma – ou seja, o que é dito normal e aquilo que estaria fora da norma, o anormal. Já que, dependendo do que elas consideram norma ou desvio poderá ser avaliada a consonância com o discurso biomédico, nos quais constam os diagnósticos psiquiátricos infantis.

A principal contribuição da presente pesquisa, partindo da hipótese de um sentido singular dos diagnósticos psiquiátricos infantis para estas participantes reside na ampliação do olhar médico para a diversidade cultural e para as formas de existência menos sintonizadas com a modernização, o individualismo e o cientificismo. A pesquisa se ocupa de um dos aspectos da vida infantil, ou seja, da saúde e da doença mental das crianças. Para isso, busca compreender em que valores e padrões de comportamento as cuidadoras se baseiam para a observação de alguns sintomas, dependente, neste caso, de quem olha, e que podem ser confirmados pelo médico.

Assim sendo, haverá contribuição para a produção de conhecimento sobre a infância no município de Duque de Caxias (RJ) e, portanto, uma melhor compreensão das demandas desse território. Esta contribuição instiga uma discussão da singularidade da posição da criança na América Latina, fazendo parte, portanto, de uma perspectiva descolonial (Castro, 2021). Assim, destaca-se a importância ímpar dos aspectos socioculturais nos estudos dedicados aos distúrbios da infância. Contrasta-se com a visão biomédica, que parte de como são percebidos quando delineados e isolados de fora para dentro; portanto definidos, reconhecidos ou “tolerados”, a partir de “outros” (Nakamura, 2003).

Diante de saberes e olhares cientificamente reconhecidos e institucionalizados, faço um convite a olhar o problema sob outra perspectiva, que pode contribuir para o debate na área. Apresento a possibilidade de que a realidade seja apreendida de forma mais profunda, ampla e não absoluta, considerando aspectos entre a Psiquiatria e a Antropologia. Desta forma, podem contribuir para os estudos sobre a vida e da saúde das crianças em sociedade, particularmente dos padrões que norteiam o seu comportamento, segundo parâmetros de normalidade e de anormalidade. Neste sentido, espero poder contribuir para a compreensão da emergência das formas e aspectos do controle sobre o “objeto” do discurso ou daquele de quem se fala: “a criança”.

Os contrapontos teóricos deste trabalho se inserem nos saberes biomédicos eruditos, dominantes e oficiais, nos quais o foco das investigações científicas está na identificação e no tratamento da doença, encarada como processo patológico. O presente trabalho também se contrapõe ao saber psicológico-psiquiátrico que considera aquilo ligado ao “nervoso” ou a “força dos nervos” uma questão reduzida à dimensão metafórica, a um corpo e uma saúde-doença já distanciada das relações sociais e morais. O debate ético se inscreve na condição de ser a médica-psiquiatra nativa do ambulatório no qual está inserida a pesquisa. Por fim, torna-se extremamente importante na atualidade associar a força dos nervos a uma questão de poder visceralmente ligada ao corpo, aos eventos cotidianos, ao prestígio pessoal nas redes de sociabilidade. É necessário considerar a diversidade cultural para que não haja redução aos jogos de significação e representação, e sim enfatizando seu caráter bélico como um jogo mais complexo, indissociável do poder e de valor físico e moral. Pois, não empreender esse redimensionamento do olhar do médico para os universos que resistem aos modos de modernização é uma forma de criar estratégias para fazer vingar as velhas formas de sobreposição e desqualificação do outro (Carvalho, 2014).

No capítulo 1 discorro acerca da construção da infância e do seu conceito. Hoje entendemos que a infância é uma fase determinante na vida de qualquer indivíduo, situada entre o nascimento e a adolescência. Ela é teoricamente marcada por um grande desenvolvimento físico, intelectual e emocional, mas, considerando-se a história da sociedade ocidental contada pelo Norte Global, nem sempre foi assim. Desta forma, inicio o capítulo com a genealogia e a concepção de infância eurocêntrica, para depois relativizar esses constructos e apresentar outras infâncias – com suas genealogias, epistemologias e conceitos que partem do Sul Global. E, então, me concentro no “cultivo da infância” no Brasil.

Ainda neste primeiro capítulo disserto sobre a criança e os seus direitos no nosso país. Faço um breve histórico até a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente pelo Congresso Nacional em 1990, que tem como eixo central a concepção da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e sua condição de pessoas em desenvolvimento. Em seguida, analiso sucintamente a situação dos direitos das crianças no Brasil de hoje. Constato que elas continuam a confrontar-se, no exercício da sua condição de sujeitos ativos de direitos, com “velhos poderes”, que alimentam retóricas autocêntricas, excludentes, e nada respeitadoras da alteridade. Convivem com a limitação das suas possibilidades de se assumirem como sujeitos e autores de suas próprias vidas (Fernandes; Siqueira, 2020).

O capítulo 2 tem como tema central a psiquiatria infantil, iniciando pelo histórico desta especialidade médica no mundo e depois no Brasil. Descrevo os principais aspectos da agenda política da saúde mental brasileira no que concerne às crianças e aos adolescentes, tendo como base o artigo da Maria Cristina Ventura e do Pedro Delgado, publicado em 2015. Na segunda parte deste capítulo abordo a Classificação em Psiquiatria da Infância e Adolescência com seus principais diagnósticos. Seguido por uma análise crítica do DSM-5 e do CID 10 que ainda são as classificações oficiais. E termino aprofundando o conceito de classificação e seus sistemas, partindo do “efeito de arco” (*looping effect*), cuja definição foi estabelecida pelo filósofo da ciência Ian Hacking (2006), interrelacionando com os diagnósticos psiquiátricos infantis.

Na sequência, no capítulo 3, aprofundo as discussões entre Psiquiatria e Antropologia Médica/da Saúde, procurando compreender as interfaces entre a Saúde Mental, a Sociologia e a Filosofia. Para tanto trago a proposta de definir conceitualmente as fronteiras entre o normal e o patológico, tendo como horizonte teórico o livro *O Normal e o Patológico* de Georges Canguilhem. E sigo me propondo a compreender as limitações do saber psiquiátrico-psicológico, no que se refere às representações que a classe popular tem do sofrimento psíquico, seu sistema simbólico e código linguístico. Para tanto faz-se necessária a compreensão de três características culturais citadas por Luc Boltanski (1984), a “reflexividade”, a “verbalização” e a “problematização”, que tornariam os sujeitos congruentes com o modelo psiquiátrico-psicológico vigente e que encontram uma dimensão explicativa maior nas obras de Louis Dumont e Michel Foucault. Características determinantes para essa congruência, como a interiorização psicológica e o autoexame, seriam vertentes de um mesmo processo de difusão do individualismo ou de uma estratégia disciplinar que tomou como alvo principal as camadas médias e altas

da sociedade moderna (Ropa e Duarte, 1984). Caminhando nesta direção procuro elucidar o que seria a saúde holística e o holismo na saúde, lançando mão para tanto do conceito de “salutarismo” utilizado por Crawford em artigo publicado em 2019 e o texto de Luis Fernando Duarte, “Indivíduo e pessoa na experiência de saúde e doença” de 2002. Aqui busco aprofundar o conceito de “indivíduo” e “pessoa”, utilizados por Luis Dumont no livro “O individualismo - uma perspectiva antropológica da ideologia moderna”.

Por fim examino as interrelações entre cuidado e gênero, partindo da circulação das crianças. No Brasil, tratar a família conjugal como unidade analítica isolada não encontra respaldo na realidade. Estudos antropológicos com famílias de baixa renda, grupos “populares” ou classes trabalhadoras urbanas demonstraram repetidas vezes a natureza aberta da unidade conjugal (Fonseca, 2006). Isso se difere das classes médias, cujo modelo mais comum está centrado na família conjugal. A circulação de crianças aparece como a estrutura básica da unidade de parentesco em grupos brasileiros de baixa renda, ou seja, as crianças transitam entre as casas de avós, madrinhas, tias, vizinhas e “mães e/ou pais verdadeiros” – trata-se de uma prática velha e familiar de muitas gerações. Desta forma, as crianças têm diversas “mães”, sem que haja um constructo de adoção ou a passagem por um tribunal (Fonseca, 2006). Assim, quando me refiro às “mães e avós” aflitas que chegam ao ambulatório de psiquiatria desta pesquisa, refiro-me àquela que, naquele momento, está imbuída do cuidado da criança, e que parece abranger preferencialmente o gênero feminino. Entendo cuidado como uma prática que produz efeitos e que é permeada por distintas moralidades sobre o que o “bom cuidado” deve ser (Fietz, 2020).

O capítulo 4 é dedicado ao campo empírico, iniciando com a metodologia de pesquisa, para então trazer os resultados encontrados, seguidos da análise dos dados e, por fim, das considerações finais. Infelizmente, ou felizmente, esse percurso não esgota a discussão. Ainda há muito o que pensar e procurar.

1. A CONSTRUÇÃO DA INFÂNCIA

É o arcabouço teórico produzido pelo Norte Global no mundo ocidental que torna possível a reprodução da ideia de que a infância é uma fase determinante na vida de qualquer indivíduo, situada entre o nascimento e a adolescência. Tais investigações constroem a ideias de que esse momento da vida seria marcado por um grande desenvolvimento físico, intelectual e emocional. No entanto, a infância nem sempre foi considerada desta maneira na história da sociedade ocidental contada por este mesmo Norte Global. Cada vez mais, a infância vem ganhando destaque e sendo objeto de olhares atentos, seja no que tange aos aspectos jurídicos-legais de sua condição específica – por meio da garantia de direitos e proteção –, seja na sua promoção, manutenção e desenvolvimento, através da educação, saúde, assistência social, etc. Assim, torna-se extremamente importante entender o significado sociocultural desses olhares voltados para a infância, já que a sociedade, ao tomá-la como objeto de sua atenção e intervenção, revela todo um aparato de conceitos, saberes, práticas e instituições elaboradas para esse fim. A infância passa a ser normatizada e classificada de acordo com os valores e padrões de comportamento estabelecidos socialmente.

Desde os trabalhos de Philippe Ariès, escritos em 1960, torna-se contundente a evitação na preposição de uma infância universal, em vista da sua clássica demonstração de que a ideia de infância (e o sentimento de infância) tem uma origem muito localizada, sendo mais ocidental e eurocêntrica. Assim sendo, nessa desconstrução da infância universal, Nominé (2001) afirma que a conceituação de infância se relaciona com os postulados socioeconômicos, já que se nos tempos atuais essa época da vida é tão valorizada, isso se deve ao nível de escolarização nos meios burgueses (Nominé, 2001). Acrescentando ainda a ideia de que “a infância é mais reconhecida quanto mais rico e culto é o meio em que está inserida” (Nominé, 2001, p. 13) e desta forma, “não há um estatuto unívoco da infância para todo o planeta e podemos nos perguntar qual é o real alcance dos famosos Direitos da Criança que se queria ver aplicados em todos os lugares do mundo” (Nominé, 2001, p. 13).

Partindo desse olhar adulto sobre as crianças, desde o seu reconhecimento na Europa do século XVII, segundo Ariés (2006), as repercussões e consequências na experiência infantil merecem ser estudadas mais profundamente e os critérios de classificação devem ser conhecidos. Diferentes discursos produzidos pelo universo adulto enquadram a criança, determinando os espaços por elas frequentados e estabelecendo os

princípios e conceitos norteadores do seu crescimento e educação. Neste sentido, se os saberes e práticas só adquirem algum significado quando contextualizados nas diferentes realidades socioculturais, é preciso determinar quem fala e pode falar, o que fala – definindo o objeto desse discurso, que é a própria criança –, a fim de compreender suas consequências sobre a infância.

Os Estudos da Criança deveriam sempre ser concebidos a partir de um modelo interdisciplinar, já que o conhecimento produzido neste campo apresenta

novas imagens sociais, de ampliar o conhecimento dos modos de vida das crianças, de focalizar sob lentes mais nítidas o cotidiano, as práticas sociais, as subjetividades, os modos de expressão cultural, os contextos de vida e as condições estruturais da infância” (Siqueira, 2020, p. 1).

Devem, acima de tudo, “resguardar o direito das crianças de viverem plenamente suas infâncias” (Siqueira, 2020, p. 1). Consequentemente, todos os estudos com ou sobre crianças, focados em instituições, políticas e/ou direitos deveriam levar em conta as concepções de infância que permeiam e moldam os padrões e ações das crianças. Já que estas agem no mundo de acordo com as concepções de infância que este lhes apresenta (Cohn, 2013). Desta forma, os trabalhos que tratam da infância apresentam grande importância no campo da Saúde Coletiva.

Sob o ponto de vista da cultura, as sociedades não devem ser apreendidas de forma estanque. Desta forma, o papel normativo das sociedades ocidentais modernas na definição e construção da infância fica evidenciado pelas análises históricas. Neste sentido, as possibilidades de manifestação e permanência da infância são questionadas (Nakamura, 2003). Os comportamentos esperados e desejados tornam a criança depositária das expectativas dos adultos, revelando as contradições de uma mesma sociedade que, ao controlá-la através dos saberes e práticas voltados à infância, também busca e exige sua capacidade criativa como potencial de um futuro mundo novo.

Questionando o conceito de construção da infância, Alan Prout (2005) afirma que os novos estudos sobre a infância (*New social studies of childhood*) foi a nomeação estabelecida em grande parte por sociólogos, mas também por psicólogos, antropólogos e geógrafos, cujo objetivo principal consistia em corrigir o tratamento teórico dado até então às crianças, como seres incompletos, passivos, instintivos. Para este autor parte dessa abordagem trabalha na direção de transpor uma provável causalidade biológica em prol de explicações contidas no social. Prout aponta para a necessidade de reconsiderar

diferentes campos do conhecimento deixados no caminho, em vista da correria na fuga do determinismo biológico: entre eles a sociobiologia e a biologia evolutiva. Para este autor a infância, apesar de social, nunca foi só social. Em seu livro *O Futuro da Infância*, o autor afirma que os estudos sobre crianças devem abranger áreas de interdisciplinaridade, trazendo para a discussão as ciências humanas, sociais e, por que não, naturais (Prout, 2005, trad. Murat, 2010).

1.1 Modelo eurocêntrico

Para melhor definir o modelo eurocêntrico de infância parto da historicidade do tema que tem em Philippe Ariès, na *História Social da Criança e da Família* (2006), o principal autor. Neste conhecemos a ideia de que na Idade Média, com suas sociedades agrárias, não se concedia lugar particular à criança. A infância era um período de transição, aparentemente sem qualquer importância. Sua duração reduzia-se à fase mais inicial, delicada, frágil da criança, que, quando adquiria algum desembaraço físico, tornava-se uma espécie de companhia natural dos adultos, partilhando seus trabalhos, jogos e festas. Sua socialização não era assegurada nem controlada pela família, pois logo afastava-se dos pais, indo aprender todo tipo de coisa que devia saber, ajudando outros adultos a fazê-las. Seus trajos não as diferenciavam, nem os seus divertimentos. E assim, a arte medieval não representava a criança com expressão particular, limitando-se a reproduzir um adulto em miniatura já que, nesse momento, a infância era insignificante. No entanto, Ariès deixa claro em seu texto que a insignificância da infância não correspondia ao abandono, negligência ou desprezo das crianças, e completa: “O sentimento da infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem” (Ariès, 2006, p. 99).

O autor faz uma comparação entre o período Neolítico e a Idade Média no que tange à possibilidade de um marco ou uma passagem da vida infantil para a vida adulta. O Neolítico, 10.000 a.C a 3.000 a.C, é considerado um dos períodos da pré-história permeado por processos de sedentarização e, portanto, das primeiras comunidades. Nele, Ariès pontua a existência da *paideia* helenística, que pressupunha uma passagem e uma diferença entre o mundo das crianças e o dos adultos, realizada por meio da iniciação ou

de uma educação. “A civilização medieval não percebeu essa diferença, e, portanto, não possui essa noção de passagem” (Ariès, 2006, p. 194).

Na época feudal, em vista da quase inexistência de mobilidade social, o destino de cada homem estava definido de acordo com sua posição na hierarquia (vassalo ou senhor). Assim, cada criança nascida no mundo ocupava lugar definido numa rede social bem articulada e estabelecida pela tradição. Com a ascensão do capitalismo e, portanto, dos ideais burgueses, os valores individuais adquirem importância: espera-se que qualquer um possa construir seu lugar e destino. O indivíduo, com sua liberdade, direitos e deveres, passa a ocupar o centro da cena, despertando interesse por tudo o que se relaciona com ele: sua saúde, capacidade de trabalho, sua moral, seu desenvolvimento e, conseqüentemente, sua infância (Cirino, 2001). Portanto, entende-se que a ascensão moral da família é um fenômeno originalmente burguês. Já a alta nobreza e o povo, situados nas duas extremidades da escala social, conservaram por mais tempo as boas maneiras tradicionais, e permaneceram mais indiferentes à pressão vinda do exterior. Ariès é categórico na afirmação de que na Idade Média não havia ideia da educação. Diferente dos dias atuais ela ocupa um lugar primordial em nossa sociedade, sendo a base do seu sucesso. E assim, Cirino (2001, p. 22) argumenta:

A emergência do “sentimento da infância” – contemporânea à afirmação da família como um núcleo restrito de pais e filhos unidos por sentimentos íntimos – é o que possibilita, portanto, que a criança passe a ser pensada como o “homem de amanhã”, sendo destacada e recortada como objeto de teorização e de práticas educacionais, higiênicas e científicas. É essa perspectiva que possibilitará o surgimento, em momentos diferentes, da pedagogia, da pediatria, da puericultura, da psicologia do desenvolvimento, e de uma série de “especialistas”, que, legitimados por uma posição de autoridade pelo saber científico, falarão e, de fato, construirão a infância.

O ideal do “homem de amanhã” apresentado pelo autor trará consigo os ideais de progresso e desenvolvimento. Castro (2021) ressalta como as teorias do desenvolvimento na psicologia, economia e política formuladas no contexto das condições políticas e culturais da Europa a partir dos séculos XVIII e XIX, foram de suma importância para os projetos de conquista e controle rumo à colonização da natureza e da “natureza humana”. Assim, todo o esforço humano deveria pretender alcançar objetivos do desenvolvimento. As nações subdesenvolvidas deviam copiar caminhos dos povos desenvolvidos e as crianças deveriam deixar a sua infantilidade, para se tornarem adultos racionais, autônomos e soberanos.

A abordagem da infância concebida pelo registro do desenvolvimentismo a coloca como “adulto em potencial”, ou seja, o adulto seria o fim e o sentido último do seu desenvolvimento. No primeiro capítulo do livro *Infâncias do Sul Global*, Lucia Rabelo de Castro (2021) argumenta que a criança é pensada como incompleta e que, para tornar-se humana, deve gradualmente conquistar certas qualidades, tais como: a racionalidade instrumental e discursiva, a autonomia, a independência psicológica e o controle intencional de emoções, e os afetos. Supõe-se que isso envolva um processo escalonado de maturação que evolui ao longo do ciclo de vida humana do nascimento até a vida adulta. Na tentativa de assegurar um único futuro possível, a ideia de que os sujeitos humanos deveriam desenvolver-se para adquirir sua total humanidade traz consigo a episteme de base e o código moral, promovendo uma extensa cartilha de práticas sociais e educacionais nas sociedades atuais. As teorias do desenvolvimento estabeleceram uma visão de mundo com uma compreensão abrangente que direcionou uma trajetória desejável em via de mão dupla: aquela que previa o percurso gradual da espécie humana ao se distanciar das espécies inferiores; e aquela que previa o percurso em que os seres humanos tinham que ultrapassar suas próprias formas menores e menos complexas de existência, localizadas na infância (Castro, 2021).

O desenvolvimentismo como perspectiva universalista acerca da infância tem Jean Piaget como um de seus maiores autores do século XX. Piaget estudou o desenvolvimento cognitivo da criança, conceituando estádios do desenvolvimento que seriam universais. O ápice do desenvolvimento cognitivo era alcançado no estágio cognitivo formal abstrato nas crianças suíças investigadas por Jean Piaget (1928, 1932).

Algumas conceituações seletas da obra Freudiana a caracterizam igualmente como uma psicologia evolutiva ou desenvolvimentista, assumindo feição normalizadora e até moralista, relacionada ao acesso à fase genital e à capacidade de amar. Encontramos em Lacan as maiores críticas a tais concepções, mostrando que era possível entender o discurso freudiano de maneira radicalmente diversa, livrando-o de sua aderência biológica ou de uma compreensão demasiado realista ou psicologizante (Cirino, 2001).

Para Castro (2021), de toda forma, vemos nos estudos da infância desde sua origem no final do século XIX, conceitos que se propõem universais sobre as crianças e são parte integrante de uma concepção global de civilização e modernização a partir da Europa. E aqui cito a autora:

Os destinos das crianças foram antecipados dentro de uma visão do tipo de subjetividade que melhor serviria ao desenvolvimento das nações. Um indivíduo racional, produtivo e autônomo capaz de agir de acordo com os próprios interesses era necessário na cosmologia moderna de desenvolvimento que, por sua vez, se estabeleceu como a base normativa do capitalismo, a força cultural e política que apoiou a exploração para valorizar algumas economias/nações em detrimento de outras. O surgimento da criança moderna conceitualizada como um indivíduo que deveria crescer e desenvolver-se para alcançar a adultidade autônoma – largamente retratada nos manuais sobre o desenvolvimento infantil ao longo da primeira metade de século XX – é parte integrante do processo da modernidade eurocêntrica e da expansão capitalista (Castro, 2021, p. 46).

Atravessando o século XX e chegando ao seu final, fomos vendo o processo de globalização contemporânea ganhar destaque. Assim, com o capitalismo estabelecido, vimos o aumento das relações econômicas entre os países, maior produção e consumo de bens e serviços, informações disseminadas instantaneamente, surgimento de empresas multinacionais e transnacionais, criação de blocos econômicos e diminuição das barreiras comerciais. E assim, uma grande quantidade de mudanças sociais foi sendo observada por inúmeros pesquisadores: desde novas formas de comunicação e disseminação de conhecimento, até novas formas de consumo e de produção capitalista. Neste contexto, os estudos da infância foram respondendo às demandas de reconfigurar a posição e a contribuição das crianças no contexto atual, partindo de posições estratégicas ocupadas por sociedades tecnologicamente avançadas, industrializadas e prósperas (localizadas na Europa e Estados Unidos da América), com novos conceitos na produção das infâncias e na vida diária das crianças. Vimos surgir a criança global (Castro, 2021).

A noção de criança global remete às práticas sociais e institucionais que acomodam e adaptam os requisitos atuais do sistema global às relações intergeracionais. Assume, portanto, dois aspectos de destaque nas pesquisas: um que enfoca o surgimento da criança como consumidora; e o outro que visa o surgimento da criança como um “sujeito de direitos”. O tema da “criança consumidora” explora as várias formas pelas quais as crianças são reposicionadas como agentes ativos na dinâmica cultural de consumo global. Já a abordagem da criança como um “sujeito de direitos” reposiciona as demandas compatíveis à infância a partir do Estado em relação às gerações mais velhas (Castro, 2021).

Partindo do implacável e aparentemente inevitável destino de todos os países do mundo de participarem da economia global de consumo e, conseqüentemente de todas as crianças a serem ajustadas como consumidoras, a expressão “criança global” ganhou um

sentido auto evidente. A infância global é, assim, realizada por meio dos dispositivos da economia globalizada e das práticas culturais de consumo, de modo que para “ser criança” é necessário consumir “coisas de criança” (Castro, 2021). Obviamente que tal sentido de infância é preponderante no Norte Global. Entretanto, como aponta Kapur, quanto ao hemisfério Sul, “uma amarga farsa é praticada contra os seus interesses, já que grande parte desta população do globo está longe da vista dos globalistas, daí se pode celebrar, de modo esquizofrênico, que vivemos em um mesmo mundo” (Kapur, 1998, p. 192 *apud* Castro, 2021).

Por outro lado, a infância global também tem se formado por meio da positivação dos direitos das crianças em todo o mundo propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) através da ratificação da *Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança* (CIDC) em 1989. A criança, com seus direitos universais, apresenta um conjunto de demandas e obrigações definidos que devem ser atendidas pelos pais, pela sociedade e pelo Estado. Uma questão sobre o surgimento da criança como um “sujeito de direitos” problematiza o modo de se conceberem a infância e as crianças nos padrões e ideais do Norte, o que será discutido mais adiante neste capítulo.

O globalismo e o desenvolvimentismo aqui debatidos continuam como perspectivas projetadas nas infâncias do Sul de acordo com uma agenda de pesquisa originada principalmente em respeitáveis instituições acadêmicas da Europa e do Estados Unidos da América. Não obstante sua reputação acadêmica, essas instituições também se mantêm como centros oficiais de produção e difusão de conhecimento que fazem parte das estruturas da colonialidade de poder e conhecimento. Mignolo (2002) defende a descolonização das Ciências Sociais de forma a produzir e disseminar conhecimentos que não sejam dependentes da epistemologia da modernidade do Atlântico Norte, suas normas e problemas cujas consequências são aprisionar

as ciências do Terceiro Mundo em uma dupla vinculação. Ou todas elas ao redor do mundo se parecem com as ciências sociais do Atlântico Norte, e aí desistem de fazer contribuições distintas, ou não são tidas como ciências sociais e o conhecimento social gerado não é reconhecido (Mignolo, 2002, p. 73).

E assim, dentro de uma perspectiva descolonial opto por relativizar tais modelos eurocêntricos, partindo para a desconstrução de um modelo universal de infância, de modo que outras infâncias no Sul Global possam ser reveladas.

1.2 Outras infâncias

Abordar outras infâncias diz respeito a todas as formas e condições de ser criança que desafiam as teorias vigentes no campo da infância. Tais condições são frequentemente destoantes dos modos como se convencionou tratar o infantil partindo da episteme do Norte Global. E neste sentido, as posições singulares de “ser criança” são encontradas predominantemente no hemisfério sul do globo terrestre, nos países ditos periféricos, e que Castro (2012) provocativamente chamou países do Resto. O reconhecimento, de maneira não estigmatizada, de outras infâncias tem tensionado a discussão e o diálogo internacional, ainda que falte a problematização da própria noção de diferença, o que é um grande desafio. Isso porque segundo Mignolo (2002), é possível tornar a diferença “colonial”, na medida em que seja utilizada como critério de inferioridade ou de atraso, convertendo outras infâncias em objeto de desprezo ou reforma.

Ao atentarmos para as infâncias no Sul Global percebemos o quanto estão envolvidas em enredos na mesma posição em que se coloca grande parte dos países do Hemisfério Sul. Tais enredos tem a formação social marcada pela colonização, alguns pela escravidão e, desde o início, se situam na periferia de uma ordem global de dominação e exploração política, econômica, cultural e subjetiva. Essa demarcação tem sido historicizada e caracterizada de várias maneiras, seja como Terceiro Mundo, países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, o Sul, países periféricos, ou o mundo não ocidental, dependendo do tipo de legitimação política que se desejou dar a uma ordem mundial fundada na exploração e subserviência de algumas nações pelas outras. Conceitos importantes como “descolonização” e “indigenização” partindo principalmente da América Latina e, no Continente Africano, a noção de “africanização” têm perturbado as certezas confortáveis de nossas vidas como acadêmicos e pesquisadores. O que se quer afirmar é a possibilidade de o Sul definir os termos e as categorias para se pensar a infância, uma vez que se pretende problematizar a universalidade tácita do conhecimento produzido nos centros de produção de saber. Assim, cria-se resistência às relações de subalternização política e epistemológica a que está sujeito o mundo periférico em relação aos centros de autoridade intelectual – Estados Unidos e Europa. Como coloca Mignolo (2018), a descolonização implica não apenas o desprendimento (*delinking*) e a desobediência epistemológica como também as ações de refazer e afirmar os saberes na perspectiva subalterna.

Alguns trabalhos brasileiros foram pioneiros na contestação da visão de privação cultural como resposta às dificuldades encontradas por crianças de classes sociais populares no aprendizado escolar. O mais famoso exemplo foi o artigo “Na vida dez; na escola zero: os contextos culturais da aprendizagem da matemática”, publicado nos *Cadernos de Pesquisa* em 1982 por pesquisadores da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), David Carraher, Terezinha Carraher e Ana Lucia Schliemann. Neste estudo foi demonstrada a capacidade de crianças de classes populares de resolverem operações matemáticas por meio da aprendizagem propiciada pelo contexto em que viviam e não pela escola. Outra autora de destaque neste campo é Maria Helena Souza Patto, com inúmeras publicações, “A criança marginalizada para os Piagetianos brasileiros: deficiente ou não” (1984), “A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro” (1992), “Para uma crítica da razão psicométrica” (1997) e “O estado da arte da pesquisa do fracasso escolar (1991-2002): um estudo introdutório” (2004) são alguns títulos de importantes artigos.

Além do Brasil e outros países da América Latina, temos pesquisadores africanos que postulam a legitimidade e a relevância do que chamam “conhecimento local” em distinção a um conhecimento universal (Okere, 2011; Okere; Njoku; Devish, 2011 *apud* Castro, 2021). Essa perspectiva fundamenta, por exemplo, uma compreensão do conhecimento matemático de outras culturas (Gerdes, 2011 *apud* Castro, 2021) que não o subalterniza como um conhecimento inferior, informal, ou que deve ser ultrapassado em vista de outro que seja considerado melhor. As contribuições desses autores constituem alternativas de construção de outros modelos teóricos para compreender como as crianças aprendem fora dos contextos escolares ocidentalizados.

Desde a chegada dos primeiros colonizadores no novo mundo, propagam-se referências sobre as crianças de seus habitantes primordiais. No entanto, foi a partir das décadas de 1980 e 1990 que a etnologia indígena começou a olhar mais diretamente para as crianças no Brasil (Cohn, 2013). Clarice Cohn, uma importante pesquisadora brasileira neste campo, afirma que o idioma da corporalidade é fundamental para o entendimento dos mundos indígenas e suas socialidades (Cohn, 2000). Ao pesquisar os Kayapó Xikrin, que vivem nas terras indígenas Cateté e trincheira Bacará no Estado do Pará, ela percebeu que as crianças crescem para ser homens, mulheres, pais e mães – e depois avós –, líderes, caçadores, pescadores, agricultoras, coletoras, professores, agentes indígenas de saúde. O processo de crescimento é longo e árduo, e se dá por meio de objetos que complementam seus corpos e que eles fabricam para brincar e influenciar o mundo (Cohn, 2000a; 2000b;

2002a; 2012). Este processo se dá também através de relações, que ocorrem na partilha de alimentos, na nomeação do mundo e nas amizades formais. Dessa forma, se a noção de pessoa e a fabricação de seus corpos são de suma importância para os ameríndios, conseqüentemente são cruciais para compreender suas noções e vivências de infância (Cohn, 2013).

De acordo com Cohn, além da presença corporal marcante, que se traduz como um elemento crucial na formação da pessoa e de sua infância, as crianças indígenas também desempenham o papel de mediadoras. Tal função exercida pelas crianças foi percebida num importante trabalho etnográfico (Alvarez, 2004) realizado junto aos Maxakali de Minas Gerais, onde se identificou que elas mediam os mundos, as famílias, as pessoas. No entanto, a experiência da infância (e seu valor) é diversa para cada sociedade indígena e segundo Cohn nada indica existir uma noção de infância para os indígenas.

Em se tratando de pesquisa e teorização sobre a infância, a perspectiva descolonial contribui para que “o surgimento da criança global” partindo dos processos de globalização possam ser problematizados como outro essencialismo (Nieuwenhuys, 2010 *apud* Castro, 2021), ou universalismo (De Castro, 2018 *apud* Castro 2021), tal como foi o conceito de desenvolvimento ao longo do século XX.

A ideia do essencialismo trazida por Olga Nieuwenhuys (2010), na qual haveria uma primazia da essência em detrimento da existência, parte de sua própria experiência como pesquisadora britânica, que vai a campo, casa-se com um indiano, tem filhos e muda completamente sua perspectiva.

Portanto, os estudos sobre a criança no mundo global não podem abraçar a globalização de forma apolítica, já que a desigualdade estrutural de poder entre Norte e Sul continua sendo uma chave de leitura para avaliar o estatuto do conhecimento científico sobre a infância. Um diálogo verdadeiramente internacional deve buscar outras bases de comunicação e troca científica e acadêmica. Sobretudo, há uma responsabilidade e uma tarefa para os pesquisadores do Sul que devem arcar com os vários custos subjetivos, epistemológicos e políticos de discordar, e buscar maneiras mais relevantes de produzir conhecimento científico sobre seus países.

1.3 O cultivo da infância e a ascensão dos direitos das crianças no Brasil

Para compreender o “cultivo da infância” no Brasil em suas intersecções com o campo da medicina higienista, faz-se necessário a leitura atenta da principal obra a esse

respeito escrita por Jurandir Freire Costa, *Ordem Médica e Norma Familiar* (1979). Sua análise histórica e crítica busca explicitar como o saber médico, em sua vertente higienista, produziu normas educativas e terapêuticas para as famílias brasileiras. Costa (2004) aponta que na sociedade, durante o período colonial, não havia um olhar para a infância em função da importância concedida ao valor da propriedade, ao saber tradicional e à ética religiosa. Apenas depois da metade do século XIX, a criança passou a ser valorizada de forma diferenciada, uma vez que mantivemos, por muito tempo, uma estrutura rural e escravocrata.

No primeiro capítulo, Costa demonstra o quanto a política econômica de Portugal foi decisiva na organização da família colonial brasileira, que praticamente passou a ser sinônimo de organização familiar “latifundiária”. Isso porque Portugal, com sua estratégia mercantilista e o fomento da autonomia social e econômica dos colonos, permitiu aos proprietários de terra governarem e reinarem sozinhos nos três primeiros séculos de colonização. E assim, toda formação social que pudesse desconstruir o mito desta família “latifundiária” como sendo universal era desconsiderada de forma sistemática. E, notadamente, a família de escravizados foi destruída pela violência física e a dos homens livres pobres, pela corrupção, pelo favor e pelo clientelismo. Desta forma, no Brasil Colônia, onde quer que se encontre uma família constituída e funcionante, ela será senhorial – mesmo sem terra ou propriedade. E, quanto mais coesa, mais forte era a família e, portanto, maior sua possibilidade de exercer o poder. Buscando a autopreservação, a família era um bloco compacto voltado para o clã. As funções militares, empresariais e afetivas estavam concentradas em torno do pai, chefe do clã, que além de tudo era o grande responsável pela coesão da família, já que o mecanismo de vinculação dos seus membros era a dependência do pai. Durante o período colonial, a administração Estatal não tinha condições de controlar a influência do grupo familiar sobre o meio externo e o Governo percebia a debilidade do seu poder. Com a chegada de D. João VI, em 1808, esse equilíbrio de forças se modificou e era necessária uma “europeização” da sociedade brasileira (Freyre, 1951 *apud* Costa, 2004). Nesse sentido, as técnicas de urbanização dependiam da aquisição da convicção dos indivíduos sobre a importância do Estado na preservação da saúde, bem-estar e progresso da população. Esta concepção coincide com a ascensão do Estado Nacional e o crescimento da higiene médica (Costa, 2004).

A ideia Freudiana de que a criança viria ao mundo como “sua majestade, o bebê” não ocorria no Brasil Colônia. O trono era ocupado pelo pai (Costa, 2004, p. 155). Chefe

da casa e da família, o homem adulto, o pai, monopolizava o interesse da prole e da mulher, dentro de uma estrutura absolutamente patriarcal. A criança, vista como um “adulto incompetente”, acabava tendo uma conotação negativa em comparação com o adulto. E assim, na relação entre essas gerações, Costa argumenta que “a alteridade e a descontinuidade entre um e outro eram radicais” (Costa, 2004, p. 162).

A partir da emergência da representação da criança como “matriz físico-emocional do adulto” (Costa, 2004, p. 162) é que se iniciaram as ligações entre a geração dos adultos e as das crianças. As noções de evolução, diferenciação e gradação, heterogeneidade e continuidade permitiram que a família pudesse “ver na criança e no adulto o mesmo e o outro” (Costa, 2004, p. 162). Desde então, “os papéis invertem-se: a criança passa a determinar a função e o valor do filho” (Costa, 2004, p. 162).

Não podemos esquecer que a evolução passa a ter grande importância como paradigma teórico dominante na segunda metade do século XIX. A teoria de Charles Darwin (1809-1882) propunha que a luta pela vida e a seleção natural seriam os mecanismos essenciais da evolução dos seres vivos. Darwin inscrevia o homem como mais uma espécie na ordem da natureza, partindo de uma suposta relação de continuidade entre o animal e o homem e rompendo radicalmente com as concepções religiosas e divinas sobre a sua origem. Essa teoria, de acordo com Freud, seria responsável pelo “golpe biológico no narcisismo do homem”, colocando um fim à sua presunção de superioridade (Freud, 1980). Para garantir seu aperfeiçoamento, as etapas superiores de humanização, a espécie humana teria passado por um longo processo evolutivo, desde os seus primórdios no reino animal. Esse percurso apontaria, portanto, para a infância da humanidade, que só teria sido superada posteriormente, depois dos processos de seleção natural e adaptação. Uma das intenções de Darwin era investigar as relações entre os elementos da natureza e os da cultura, entre as etapas de transformação pelas quais o recém-nascido – que é tão parecido aos animais – se converte em um adulto e se integra socialmente. Ele chegou até a publicar, em 1877, um relato sobre o desenvolvimento do seu próprio filho – *A Biographic Sketch of An Infant* – onde estudava suas emoções, sua capacidade de reação e de comunicação, buscando relacioná-las com manifestações análogas no mundo animal (Ciaccia, 1997, p. 25). A teoria da evolução das espécies ultrapassou em muito o registro da ordem biológica, constituindo-se em um dos signos reveladores do novo horizonte delineado pela modernidade. A partir de então, além da natureza, a cultura e a sociedade são também atravessadas pelo tempo e marcadas em seu ser pela história.

No Brasil, os médicos higienistas são influenciados pelas ideias de seleção natural de Darwin e reagem com vigor contra o alto índice de mortalidade infantil. A criança morta deixou de ser o “vetor da esperança religiosa dos pais” para se tornar um atestado da incompetência, imprudência e ignorância de quem cuidava dela: parteiras, escravizadas, enfim, os próprios pais que a elas entregavam seus filhos. O saber médico confrontou-se, então, com os valores sociais e religiosos, dominados por uma mentalidade pré-científica. Como representante da ciência, o médico tornou-se o sacerdote do corpo e da saúde, com a tarefa de definir o que era bom ou mau para os indivíduos, suas famílias e a população (Costa, 2004). E assim, a representação da criança como um ser com características físicas, comportamentais e morais particulares ocorreu somente a partir do século XIX, em função do conjunto de interesses médicos estatais e das transformações econômicas e sociais que se interpuseram entre a família e a criança.

E por fim, Costa avalia os resultados obtidos pela educação higiênica, nos quais é possível perceber a fusão entre a obtenção da saúde individual, aquisição de status social e manipulação político-econômica dos indivíduos. Já que a higiene teria contribuído, juntamente a outras instâncias sociais, com o surgimento da família como instituição conjugal e nuclear característica dos nossos tempos. A partir desta época, ela passou a ser tratada e regulada, partindo da premissa de que os atributos físicos, psíquicos e sexuais de seus indivíduos seriam convertidos em um emblema de classe social: a família burguesa. “E as relações intrafamiliares se tornaram réplicas das relações entre classes sociais” (Costa, 2004, p. 13).

O cuidado higiênico com o corpo fez do preconceito racial um elemento constitutivo da consciência de classe burguesa, amparada na “superioridade” biológica-social do corpo. E assim, o indivíduo de extração burguesa, aprende a julgar-se “superior” aos que se situam abaixo dele na escala ideológica de valores sociais e raciais, desde a infância. A educação moral também foi bem-sucedida e secularizou medicamente as mentalidades. “Criou a figura do indivíduo contido, polido, ‘bem-educado’, cuja norma ideal é o comportamento reprimido e disciplinado” (Costa, 2004, p. 14).

No que tange a educação intelectual introduzida e conduzida pela higiene é possível perceber que o nível de instrução e a capacidade intelectual, enquanto valor, foram pautados não só pela ordem econômica, mas também pela ciência médica. Desta forma, “os higienistas colaboraram no processo de hierarquização social da inteligência” (Costa, 2004, p. 14), criando a ideia de que o indivíduo “culto” era superior ao “inculto”. Na abordagem da educação sexual, a sanidade da família de elite aumentou, na medida

em que as condutas sexuais masculina e feminina foram sendo respectivamente reduzidas às funções sociais e sentimentais do pai e da mãe. Neste sentido, houve uma verdadeira “epidemia de repressão sexual intrafamiliar” (Costa, 2004, p. 15). Diante deste contexto, foi exacerbado o amor entre pais e filhos, iniciando-se um desvelo dos pais em relação às crianças que seria inconcebível na época colonial. Como consequência, o trabalho de cuidar dos filhos nas famílias atuais tornou-se sobre-humano e até “científico”. Deste modo a norma familiar produzida pela ordem médica passou a necessitar da presença de “intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização” (Costa, 2004, p. 15).

No entanto, no Brasil, o caráter normativo dos direitos das crianças foi realmente transformado em diploma legal a partir da primeira república, no ano de 1927, quase três décadas depois do “suave” golpe militar que depôs a monarquia imperial. Porém, a partir de 1927, o que passou a existir foi o código de menores, de caráter tutelar, diferente do que veio a ser os “direitos das crianças” (Couto e Delgado, 2015). Em nossa primeira Constituição, de 1824, já existiam restaurações do direito à educação das crianças negras (Simas; Arruda, 2022).

No âmbito internacional, em 1924, o status especial da criança foi formalizado pela Liga das Nações através da adoção da Declaração de Genebra dos Direitos da Criança. Foi então que os filantropos, em sua maioria, passaram a considerar a infância como um espaço neutro, onde não havia conflitos religiosos (Marshall, 1999 *apud* Rizzini; Tabak; Sampaio, 2019). A Declaração de Genebra estabelece que as crianças têm direito à provisão nacional e internacional de suas necessidades econômicas, sociais e psicológicas. Os direitos das crianças, assim declarados, levam a que se considere a criança como objeto de proteção potencialmente vulnerável e em processo de formação. O documento estabelece ainda como os adultos devem se comportar em relação às crianças. A partir deste momento, duas normas internacionais específicas sobre os direitos das crianças passaram a ser referências e começaram a ser adotadas: a Declaração dos Direitos da Criança (1959) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989).

Por estes motivos o século XX passou a ser considerado o “Século da Criança” (Rizzini; Tabak; Sampaio, 2019). A Declaração dos Direitos da Criança, complementando os direitos estabelecidos pela Declaração de Genebra, especificou os direitos da criança à proteção, educação, assistência médica, moradia e boa alimentação. Nesta época, o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância – em inglês, *United Nations International Children's Emergency Fund* – (Unicef) ampliou seu escopo de atividades e programas com a intenção de garantir, além da proteção física

da criança contra exploração e abuso, o processo de desenvolvimento pleno da criança, considerando o lugar central da educação escolar. As Nações Unidas estabeleceram em 1979, o Ano Internacional da Criança, em negociações com estados, ONGs e grupos de trabalho que foram realizados na Comissão de Direitos Humanos da ONU. Mais tarde, este trabalho resultou na Convenção de Direitos Humanos da ONU, ocorrida em 1989.

Retornando ao panorama nacional, a distinção entre criança rica e criança pobre no Brasil ficou bem delineada na República: a rica deveria ser preparada para dirigir a sociedade, enquanto a pobre era vista como inserida nas “classes perigosas”, e estigmatizada como menor. Enquanto a rica foi alvo de atenções e das políticas da família e da educação, a pobre passou a ser objeto de controle especial, de educação elementar e profissionalizante, movimentos preparatórios para o mundo do trabalho (Marcílio, 1998). A promulgação, em 1927, do Código de Menores, que constitui a primeira legislação específica para a infância no Brasil, representou uma maneira de exercer controle sobre a infância desamparada e delinvente. Este conjunto de leis ganhou outra versão em 1979, o Novo Código de Menores. Este Código determinou, entre outras coisas, que o poder público criasse instituições de assistência e proteção ao menor.

Neste momento surgiu a Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (Febem) em muitos estados da Federação. A Febem era de responsabilidade dos estados, mas tinha supervisão das políticas gerais determinadas pela Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem). Esses estabelecimentos foram concebidos como centros especializados destinados à triagem e observação dos menores, bem como à sua permanência. Infelizmente a Febem intensificou a criminalização da pobreza, a partir de internações, por motivos de falta ou carência de recursos materiais (Cirino, 2001). Tais estabelecimentos foram herdeiros dos “Patronatos Agrícolas” instituídos sob o Governo de Getúlio Vargas, sendo exclusivamente destinado à educação moral, cívica e profissional de menores desvalidos. Constituíam seu conjunto institutos de assistência, proteção e tutela moral de menores, recorrendo ao trabalho agrícola, tendo sido incorporados ao Ministério da Agricultura em 1930.

Em 1989, foi assinada a Convenção das Nações Unidas sobre os direitos das Crianças, posteriormente ratificada por quase todos os países do mundo, com a única exceção dos EUA. No Brasil houve uma mobilização intensa, que envolveu movimentos sociais, políticas públicas e mundo jurídico, culminando, em 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), cujos objetivos já não eram mais os menores, mas todas as crianças e adolescentes, sem distinção. A partir dos princípios da

Nova Constituição Brasileira de 1988, o Estatuto deixou integralmente sem efeito as leis que dispunham sobre a política nacional do bem-estar do menor e sobre o Código de Menores. Deste modo a Doutrina da Situação Irregular foi substituída pela Doutrina da Proteção Integral (Cirino, 2001).

As crianças e os adolescentes, uma vez reconhecidos como no Estatuto “sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis” (BRASIL, 1990, art. 15), encontraram um instrumento legal para garantir sua participação e cidadania. As crianças (até 12 anos incompletos) e o adolescente (entre 12 e 18 anos) passam a ser considerados em sua “condição peculiar” de “pessoas em desenvolvimento”, tendo plenos direitos, mas por serem “pessoas em desenvolvimento”, tem direitos especiais. Além do direito à liberdade de expressão e opinião, a palavra da criança passa a ser valorizada nas decisões que envolvem sua vida. O parágrafo primeiro, art. 28, estabelece: “Sempre que possível, a criança ou o adolescente deverá ser previamente ouvido e sua opinião considerada” (BRASIL, 1990).

Rizzini, Tabak e Sampaio (2019), ao analisarem a trajetória da criança articulada pelo regime internacional de proteção, perceberam que em um primeiro momento, a criança é excluída do regime de direitos humanos universais. Isso porque é concebida como incapaz de legislar racionalmente sobre seus desejos, e, posteriormente, é incluída como sujeito político à medida que se desenvolve segundo o cumprimento de etapas pré-determinadas. Assim, a criança acumula gradualmente os direitos especiais de participar até alcançar o marco etário dos 18 anos e se tornar um adulto, entendido supostamente como um ser autônomo, um cidadão pleno. O artigo 12.1 da *Convenção sobre os Direitos da Criança* é o melhor exemplo da coexistência entre a criança vulnerável e a criança competente no âmbito do Direito Internacional:

Os Estados Partes devem assegurar à criança, que é capaz de formular seus próprios pontos de vista, o direito de expressar suas opiniões livremente sobre todos os assuntos relacionados a ela, e tais opiniões devem ser consideradas, em função da idade e da maturidade da criança (ONU, 2009).

Tal artigo nos leva de volta à concepção da infância que define o desenvolvimento das crianças como uma gradação progressiva realizada por meio de etapas, marcada por anos, que levam sempre a um maior nível de competência e maturidade. No entanto, ao focar no texto da Convenção, é possível perceber que o regime de direitos da criança ainda é

ambíguo no que se refere à possibilidade de as crianças participarem efetivamente da construção das relações sociais (Rizzini; Tabak; Sampaio, 2019).

Neste sentido, nesta tensão entre participação e proteção, como esta dissertação tem inserção fundamentada no campo da saúde mental infanto-juvenil, torna-se importante a tentativa de oferecer uma compreensão das infâncias no Sul Global, na qual Lúcia Rabelo de Castro (2001; 2004; 2005; 2021) tem papel de destaque, como anteriormente discorrido. Para tanto, faz-se necessário o questionamento do estatuto epistemológico da teoria vigente frente aos diagnósticos psiquiátricos infantis, já que baseados tanto no CID 10 como no DSM 5, têm relação com os centros de autoridade intelectual – Estados Unidos e Europa. E, uma vez que se pretende problematizar a universalidade tácita do conhecimento produzido nos centros de produção de saber, trata-se de uma proposta que procura resistir às relações de subalternização política e epistemológica a que está sujeito o mundo periférico (Castro, 2021). Portanto, parto para o próximo capítulo centrado na psiquiatria infantil e suas interfaces, trazendo um breve histórico da especialidade, seus desdobramentos no Brasil, os principais diagnósticos e suas possíveis relativizações no contexto de abordagens críticas, para, enfim, no capítulo 3, pensar no contexto desses diagnósticos nas classes populares, procurando sublinhar o hemisfério sul do globo.

2 A PSIQUIATRIA INFANTIL E SUAS INTERFACES

Neste capítulo procuro aprofundar a análise da saúde mental infantojuvenil, enfocando, primeiramente os aspectos biomédicos – que incluirão a constituição da especialidade médica encarregada deste olhar e suas principais diretrizes diagnósticas. Logo depois, mergulho na tensão cientificismo versus humanismo, trazendo a visão de alguns autores da Filosofia, da Sociologia e da Antropologia Médica/ da Saúde para esta discussão. E finalizo pensando no cuidado dessas crianças.

A Psiquiatria Infantil é uma especialidade médica relativamente recente. Apesar de conseguir sua independência no I Congresso de Psiquiatria Infantil de Paris, em 1937, sob a presidência de G. Heuyer, sua história tem um início bem anterior e sua autonomia foi sendo conseguida de forma bem lenta e gradual (Assumpção, 1995). De maneira diferente da Psiquiatria – do adulto –, concebida no Século das Luzes e nos leprosários desativados, os estudos e os cuidados que vieram a dar forma à Psiquiatria Infantil tiveram sua origem no olhar lançado sobre as margens dos bancos escolares (Ribeiro; Tanaka, 2016).

2.1 História da Psiquiatria Infantil

Paul Bercherie, psiquiatra, psicanalista e historiador, em 1983, na tentativa de responder à pergunta de como se deu a constituição de um campo específico da Psiquiatria para a criança, escreveu o artigo “A Clínica Psiquiátrica da Infância”. Nele, o autor divide este processo em três períodos de desenvolvimento. O primeiro, de 1800-1880, teria somente o retardamento/idiotismo ou idiotia como único transtorno, incurável e intratável. O segundo período, de 1880-1930, tenta entender os precursores dos sintomas psiquiátricos no adulto, cujo autor mais famoso foi Kraepelin, da Escola de Munique, que tenta realizar um sistema classificatório. Assim, neste período a Psiquiatria Infantil não passa de um ‘decalque’ da clínica do adulto. No último período, de 1930 em diante, temos a Psiquiatria infantojuvenil autônoma. Em 1943, Leo Kanner escreve *Os Transtornos Autísticos do Contato Afetivo*, sendo a primeira vez que observamos a atenção às formas de adoecimento típicas da infância, que é, então, objeto de clínica e produção de conhecimento (Bercherie, 1985).

Seguindo o caminho de Paul Bercherie, sabemos que a experiência precursora da Psicopatologia Infantojuvenil tem sua origem mais evidente em 1800, na França, quando um menino com cerca de 12 anos de idade, desprovido de fala inteligível e se movimentando como um quadrúpede, foi encontrado às margens de uma floresta (Selau; Hammes, 2009). O menino ficou conhecido como “O Selvagem de Aveyron” e ao chegar em Paris é tratado por J.M.G Itard, com resultados decepcionantes. Os primeiros médicos e alienistas do século XIX voltam seu olhar para o desempenho intelectual das crianças na escola. Coube, assim, aos primeiros psiquiatras infantis a tarefa de descrever e identificar as formas das capacidades intelectuais infantis, com diagnósticos que os classificavam como idiotas, imbecis ou débeis mentais (Ribeiro e Tanaka, 2016).

Ao longo do século XIX, Pinel (1745-1826), Esquirol (1772-1840), Griesinger (1817-1868) e Kraepelin (1856-1926) dotaram a Psiquiatria de um aparelho descritivo sistematizado. E assim, no segundo período descrito por Bercherie, em face do poderoso modelo da Psiquiatria do adulto e da ausência de reconhecimento facultado à autonomia da criança e do jovem no plano individual e social, o adultomorfismo parecia inevitável.

No início do século XX, nada poderia ser considerado Psiquiatria Infantil. Nos séculos XVIII e XIX foram realizadas experiências pedagógicas com deficientes mentais e sensoriais (surdos, cegos etc), que alguns consideram como as raízes da psiquiatria infantil. Entretanto, a clínica psiquiátrica da criança, com conceitos e métodos próprios, só se estabeleceu a partir da década de 1930 (Kanner, 1971; Ajuriaguerra, 1980; Bercherie, 1983). Foi depois do advento da Psicanálise e da Psicometria que a clínica psiquiátrica da criança se constituiu. Em 1905, Binet e Simon dotam a Psiquiatria e a Psicologia de um instrumental objetivo e preciso para avaliar as crianças em idade escolar, através da publicação em Paris de os *Novos métodos para o diagnóstico do nível intelectual dos anormais* e Freud, em Viena, publica seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, evidenciando o papel da sexualidade infantil nos transtornos mentais dos adultos – e expõe o caso do “Pequeno Hans”, que será publicado quatro anos depois.

Durante décadas, pediatras e psiquiatras infantis consideraram a teoria psicanalítica importante para a sua formação, ainda que essa proximidade implicasse, muitas vezes, a desconsideração da radicalidade da descoberta freudiana, assimilada como um complemento ao saber psiquiátrico. Marcados especialmente pelas perspectivas da Ego Psychology de Anna Freud (1895-1982) e do objeto dividido de Melaine Klein (1882-1960), alguns pediatras e psiquiatras infantis desenvolveram conceitos e hipóteses psicanalíticas principalmente no campo do autismo e das psicoses infantis. Podemos citar,

por exemplo, René Spitz (1887-1974), Margareth Mahler (1897-1985) e Donald Winnicott (1896-1971). Entre os franceses, encontramos René Diatkine, Serge Lebovici e, recebendo influência do ensino de Lacan (até os anos 60), Françoise Dolto (1908-1988) e Maud Mannoni (Cirino, 2001).

A despeito de todas essas iniciativas, é fato que até 1930 os psiquiatras para adultos não conheciam a criança e os pediatras não conheciam a Psiquiatria. Foi nesse período que o francês George Heuyer (1884-1977) propôs no Congresso Internacional de Pediatria que se introduzisse o ensino de Psiquiatria Infantil na formação de Pediatria. No entanto, o último período descrito por Bercherie tem Leo Kanner (1894-1981) como a figura de maior destaque. Seu trabalho constitui um divisor de águas na história da saúde mental infantojuvenil. Sua descrição do autismo inaugura uma dupla ruptura: de um lado, descreve um transtorno grave, próprio da criança, sem procurar correspondência no universo psicopatológico do adulto; e, de outro lado, abre espaço para considerações de ordem da Psicopatologia infantil na independência dos fenômenos de déficit intelectual (Ribeiro; Tanaka, 2016).

Importante notar que os diagnósticos de idiotia, imbecilidade e debilidade, como se viu, foram as primeiras construções da Psicopatologia infantil. Se tal nosografia, centrada no déficit, encerra uma visão indubitavelmente limitante e redutora, não se pode, contudo, ignorar que ela foi fundadora de uma atividade e de um direcionamento que forneceu à Psiquiatria e à Psicopatologia infantojuvenis sua especificidade. Estendendo tal lógica da deficiência aos jovens, agora não mais na dimensão escolar, mas numa problemática mais afeita à ordem social, passou-se a forjar a figura da delinquência (Ribeiro; Tanaka, 2016).

Percorrendo nesta direção, chegamos a Foucault na aula de 19 de março de 1975, transcrita no livro *Os Anormais* (2010). Nesta, o autor tenta responder quais foram as condições de generalização da psiquiatria a partir do seu surgimento como campo da Medicina na virada do século XVIII para o XIX. De que forma a infância passou a ser alvo dos poderes e saberes médicos ou como a criança deixou de ser invisível para a Medicina mental/Psiquiatria? E para tanto, trata da figura mista do anormal como o monstro, o masturbador e o inassimilável ao sistema normativo da educação. Isso porque a infância passa a ter um papel histórico na generalização do saber e do poder psiquiátrico, uma vez que a psiquiatrização da infantilidade levou à constituição de uma ciência das condutas normais e anormais na segunda metade do século XIX. Para Foucault (2010), a

Medicina da alienação mental, nos anos 1850-1870, do tipo Esquirol e Pinel, aos poucos dará lugar a uma nova psiquiatria, na qual a infância se torna uma peça decisiva.

A partir da problematização da infância e da infantilidade será possível integrar elementos que antes eram separados: o prazer e sua economia; o instinto e sua mecânica; e a imbecilidade ou o retardo com sua inercia e suas carências. Desta forma, não temos mais só a referência à verdade e à doença, mas também ao comportamento e seus desvios, anomalias, tomando-se como referência um desenvolvimento normativo (estatuto de anomalia e não mais de doença). A partir de meados do século XIX, temos uma relação de poder que só se sustenta até hoje por ser um poder medicamente qualificado, ou seja, temos o poder médico sobre o não patológico. Na diferença entre doença mental e anomalia, Foucault observa que esta última chega nas famílias, nas escolas, no cotidiano, gerando uma psiquiatrização do infantil (Foucault, 2010).

Neste sentido, observamos uma visão foucaultiana que difere da visão de Paul Bercherie (1983) anteriormente apontada, na medida em que acrescenta uma dimensão que não estava apresentada: a importância estratégica da infância/infantilidade (embora nem tanto da criança empírica) em um período anterior à fundação da Psiquiatria infantil como especialidade.

Peter Conrad, sociólogo da Medicina, juntamente com Schneider, se debruçam sobre o tema da medicalização e da psiquiatrização. Para eles as crianças são “população de risco” para a medicalização, na medida em que são consideradas imaturas, inocentes, dependentes e não responsáveis. Deste modo, são alvo de “proteção” no “seu melhor interesse”. Seus comportamentos “desviantes” são descritos e classificados como transtornos pelos adultos e suas instituições, e pouca voz é dada as próprias crianças (Conrad; Schneider, 1992).

As preocupações com os transtornos mentais não poderiam ficar, por muito tempo, alheias à saúde pública que, desde meados do século XIX, compreendia a saúde da população como um objeto de responsabilidade social. E assim, vemos surgir o movimento de higiene mental, que rapidamente se espalhou pelo mundo. Tal movimento de higiene mental apresenta particular importância ao campo da saúde mental infantojuvenil na medida em que a infância passa a ser entendida como ponto de partida para a prevenção da insanidade e da delinquência. A higiene mental vai se destacando, a partir dos anos 1920, por oferecer ações no interior da família e da escola (Ribeiro; Tanaka, 2016).

A partir da Segunda Guerra Mundial vemos surgir “um novo tipo de psiquiatria, interessado pela ação preventiva fora da atmosfera institucional”, na qual passam a ser consideradas as “tensões do meio ambiente” (OMS, 1952, p. 1). O termo “Higiene Mental” é substituído por “Saúde Mental”, definido:

como capacidade do indivíduo para estabelecer relações harmoniosas; participar das modificações de seu ambiente físico e social ou de contribuir nele de modo construtivo; obter uma satisfação harmoniosa e equilibrada de seus próprios impulsos instintivos, potencialmente em conflito. Saúde Mental implica um estado de personalidade tal que permita ao indivíduo examinar seus impulsos instintivos, estando, somente assim, apto a realizar plenamente suas potencialidades (OMS, 1952, p. 2, tradução nossa).

E assim, os transtornos mentais infantojuvenis e seus cuidados só passam a ter a atenção dos organismos internacionais após o fim da Segunda Guerra, quando se avolumaram os esforços destinados à reconstrução dos países afetados. Neste momento destacam-se os trabalhos de J. Bowlby (1907-1990), publicados pela OMS em 1951 (Bowlby, 2002). Tais escritos foram fundamentais para dar a partida nas atividades da Organização Mundial da Saúde dirigidas à saúde mental das crianças. Isso porque associavam sua Teoria do Apego (Bowlby, 1989; 1990) aos efeitos danosos da privação dos cuidados maternos. E temos, então, a inclusão dos transtornos mentais infantojuvenis e seus cuidados no contexto da saúde materno infantil, de acordo com a tradição delineada desde o século XIX no bojo do movimento higienista (Ribeiro; Tanaka, 2016).

No entanto, segundo Graham e Orley (1997), após esse período pleno de promessas, houve um longo intervalo no qual a OMS se preocupou e trabalhou pouco neste campo. O fato de esta Organização ter se dedicado durante os anos subsequentes às principais causas da mortalidade infantil é apontado como o aspecto mais importante na justificativa da pouca atenção dedicada à saúde mental das crianças. A iniciativa somente é retomada em meados da década de 70, com a criação da Divisão de Saúde Mental da OMS (Telles, 2006).

Esse período foi marcado por novos termos, tais como “atenção psicossocial”, pela preocupação com os efeitos das mudanças sociais e do ambiente decorrentes do desenvolvimento urbano (Telles, 2006) e pela realização da Conferência de Alma-Atá (1978). Neste evento houve grande destaque à importância dos cuidados primários em saúde e à ideia de que a saúde, como direito fundamental, define-se como completo estado de bem-estar que envolvem as dimensões biológicas, mentais e sociais. Após a Conferência de Alma-Atá (1978), as Nações Unidas proclamaram em 1979 o ano internacional da criança, com o objetivo de chamar a atenção para os problemas que as

afetam no mundo. Apesar disso, após vinte anos de produção de recomendações enfatizando o papel das condições sociais na determinação da qualidade da saúde mental, assim como da participação multidisciplinar na assistência (Telles, 2006), a OMS constata que os programas de saúde permanecem omissos em relação aos problemas de saúde mental das crianças (OMS, 1977).

Atualmente, há uma série de especialistas que cuidam da saúde mental das crianças: neurologistas, pediatras, psicólogos, psicopedagogos, psicanalistas, fonoaudiólogos. Neste contexto, o psiquiatra infantil é, de certo modo, discriminado pelas famílias a partir da relação, presente no imaginário social, entre Psiquiatria e loucura. No Brasil, a Psiquiatria Infantil está buscando se estabelecer como especialidade médica independente, respaldando-se principalmente na concepção psiquiátrica americana. A nova disciplina procura se basear nas neurociências, nas pesquisas diagnósticas e terapêuticas e, também, nos critérios classificatórios (DSM-5 e CID-10) a fim de respaldar-se cientificamente como disciplina. Passa a ser considerada, então, uma “clínica da medicação”, concedendo espaço apenas para as teorias comportamentais e cognitivistas, excluindo a Psicanálise como “ultrapassada e ineficaz” (Quinet, 2001). Assim se constitui o campo da saúde mental no mundo. Vejamos como acontece no Brasil.

2.2 Contexto brasileiro

Nesta seção apresenta-se uma visão panorâmica acerca da história da saúde mental infantil em nosso país. Pouco é exposto a respeito da origem da Psiquiatria brasileira, não sendo objetivo deste trabalho tratar de sua história geral. Consideraremos os principais marcos históricos na constituição do campo da Psiquiatria Infantil e da saúde mental infantojuvenil, para depois adentrar na agenda política da saúde mental brasileira no que diz respeito à criança e ao adolescente.

A constituição do campo da saúde mental no Brasil, embora tenha seguido alguns passos do movimento ao nível internacional, foi marcada por particularidades na sua inscrição na cultura e no contexto institucional nacional. Primeiramente, deve-se considerar que, até 1800, a própria profissão de médico era vedada aos brasileiros (Schwarcz, 1993 *apud* Assumpção; Kuczynski, 2003). Em 1808, com a chegada da família real portuguesa ao país, são implantados dois cursos médico-cirúrgicos – dado

que antes disso o atendimento médico era insuficiente e falho no Brasil. A assistência aos doentes mentais só aparece em 1822 (Postel, 1994 *apud* Assumpção; Kuczynski, 2003).

Até a segunda metade do século XIX não havia no país nada sistematizado no que se refere à saúde mental infantil – enquanto campo de intervenção, cuidados e estudos sobre a criança. Foi então que surgiram as primeiras teses em Psicologia e em Psiquiatria e, também, quando foi criado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro: o Hospício Dom Pedro II, em 1852. Depois deste hospital, seguiram-se vários outros em todo território nacional (Ribeiro, 2005). Nesta época, as crianças que apresentassem algum problema mental, geralmente pertencentes às classes sociais desfavorecidas, tinham que compartilhar o mesmo espaço dos adultos nos manicômios criados em meados do século XIX. Não havia, então, estudos específicos sobre as doenças mentais infantis nem tampouco uma classificação que diferenciasse as formas e manifestações da morbidade no adulto e na criança.

A assistência institucional à infância pobre era incipiente no Império, como exemplifica Kramer:

A idéia de proteger a infância começava a despertar, mas o atendimento se restringia a iniciativas isoladas que tinham, portanto, um caráter localizado. Assim, mesmo aquelas instituições dirigidas às classes desfavorecidas, como por exemplo, o Asilo dos Meninos Desvalidos, fundado no Rio de Janeiro em 1875 (Instituto João Alfredo), os três Institutos de Menores Artífices, fundados em Minas em 1876, ou os colégios e associações de amparo à infância (como o primeiro jardim da infância do Brasil, Menezes Vieira, criado em 1875), eram insuficientes e quase inexpressivos frente à situação de saúde e educação da população brasileira (Kramer, 1992, p. 50).

Só após a libertação dos escravos, em 1888, seguida pela vinda de imigrantes europeus, a situação começa a mudar. Com o advento da República, a população de baixa renda aumentou consideravelmente, incluindo obviamente a população infantil. Estas pessoas, adultos e crianças, estavam sujeitas a condições subumanas de vida. As elites tinham, por elas, sentimentos ambivalentes: pena e repulsa; paternalismo e repúdio. A criança pobre começa a receber mais atenção. Até então somente as crianças de classes favorecidas economicamente eram focalizadas pela elite e pelo governo. Na passagem do século XIX para o XX, a parcela empobrecida da população brasileira passou a ser considerada importante, passando a merecer discursos, reflexões e propostas de assistência (Ribeiro, 2005).

No período 1870-1930 houve um grande debate principalmente entre médicos e juristas brasileiros. Pode-se sintetizá-lo na frase que tantos repetiram "salvar a criança é

salvar a nação" (Rizzini, 1997; 2006). O significado social da infância fazia parte de um projeto social ao seu ideal de nação, uma nação culta, moderna e civilizada, como Paris, Londres e Nova York.

Estudando o debate de 100 anos atrás, Rizzini (1997; 2006) conclui que coube à medicina o papel de diagnosticar na infância possibilidades de recuperação e formas de tratamento. À Justiça coube regulamentar a proteção da criança e da sociedade, fazendo prevalecer a educação sobre a punição. E, finalmente, à Filantropia coube a missão de prestar assistência aos pobres e desvalidos, em associação às ações públicas.

No século XIX, no Brasil, a visão corrente em relação à infância era a do controle de suas condutas para que se tornassem bons cidadãos adequados às normas sociais. Desta forma, a Medicina infantojuvenil se configurava como uma disciplina moral e social. Assim, o trabalho do médico se mesclava ao policiamento e à educação da criança em seu ambiente (Assumpção, 1995).

No início do século XX, acompanhando o exemplo dos países europeus, no Brasil começa a surgir algum interesse pela deficiência mental da criança. Destacam-se dois fatos que impulsionaram este empenho a favor das crianças prejudicadas intelectualmente: a monografia "O Tratamento dos Idiotas", de Carlos Eiras, publicada em 1900; e a inauguração, em 1903, de um pavilhão anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha destinado às crianças com doenças mentais, que, até então, compartilhavam o mesmo espaço dos adultos (Ribeiro; Tanaka, 2016).

Até o final do século XX, entretanto, não era factível assegurar, no contexto brasileiro, a existência de uma política de saúde pública para crianças e adolescentes. No entanto, houve uma série de intervenções de cunho assistencial, sob a chancela do poder público, sobre crianças e adolescentes com problemas mentais. Estas intervenções decorreram de uma agenda política que pretendia atacar os problemas da pobreza e do abandono, considerados produtores de efeitos incapacitantes, ignorando o padecimento mental na infância e adolescência. Pelo contrário, o que ocorreu foi o desenvolvimento de práticas disciplinares e corretivas, fruto de políticas reparadoras. O que se pretendia era recuperar os males da infância e adolescência pobres, compensar os danos e direcionar os rumos para o desenvolvimento de cidadãos civilizados e produtivos (Couto; Delgado, 2015). A pobreza, portanto, orientou as políticas de assistência à infância e adolescência, tornando-se prioridade na agenda pública. Tanto a pobreza material como a pobreza moral eram consideradas ameaças aos ideais republicanos, que pretendiam construir uma nação de homens saudáveis e produtivos (Rizzini, 1997).

Couto, Duarte e Delgado (2015) apresentam quatro fatores responsáveis pela inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas de saúde mental, tanto nacional como internacionalmente. O primeiro fator refere-se a um conjunto extenso e variado de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência. O conhecimento sistemático sobre frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta associadas aos transtornos mentais da infância e adolescência é recente e representa o segundo fator. Até pouco tempo atrás, não havia evidências empíricas confiáveis sobre a eficácia de tratamentos para transtornos mentais infantis, o que se configura como o terceiro fator. E finalmente, destaca-se a dificuldade de inclusão da saúde mental infantil no campo da saúde pública, por conta da particularidade do seu sistema de cuidado.

As funções do Estado e seu compromisso com a equidade e o bem-estar social foram redefinidos na Constituição Federal de 1988. Três grandes movimentos, interessando diretamente ao campo da saúde mental infantojuvenil, engrossaram as fileiras do processo em prol da democracia: a reforma sanitária, a luta antimanicomial e o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito (Musse, 2008). A reforma sanitária decorreu do esforço de assegurar o dever do Estado Brasileiro na garantia para todos os cidadãos do acesso à saúde. Assim, foi criado o Sistema Único de Saúde, o SUS, em 1990, que decorreu de uma política pública baseada nos princípios de equidade, integralidade, universalidade de acesso e participação da comunidade (Couto; Duarte; Delgado, 2015).

Foi no século XXI que a Reforma Psiquiátrica transformou o paradigma hospitalocêntrico, instituindo uma atenção baseada no acolhimento, no atendimento territorial inserido no contexto de vida dos sujeitos e inclusão social. Embora o projeto desta reforma tenha sido apresentado em 1989 pelo então deputado Paulo Delgado (MG), só em 2001 o texto foi aprovado e sancionado como Lei nº 10.216/2001: a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado. Ainda em 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que fundamentou a substituição no país do modelo de tratamento baseado na centralidade do hospital pelo modelo comunitário de atenção.

No início do século XXI iniciou-se então, em decorrência dos acontecimentos relatados anteriormente, o processo de construção de redes de cuidado para a Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA): a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil (CAPSi); e o desenvolvimento de estratégias para

articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, como educação, assistência social, justiça/direitos (Couto; Duarte; Delgado, 2015).

A despeito de tantos ganhos que vêm ocorrendo no campo da saúde mental infantojuvenil brasileira a partir do século XXI, ainda se observa no cenário global, um certo imperialismo psiquiátrico referido à gestão dos problemas e conflitos sociais, que mesmo hoje em dia caracteriza esse campo. O caminho que a Psiquiatria começou a trilhar nos anos 1960 e 1970 foi ganhando cada vez mais legitimidade. Chega, então, nos dias de hoje transformada no conhecimento científico socialmente privilegiado para resolver os mais variados problemas sociais. A Psiquiatria continuou adicionando a seu campo uma série de comportamentos considerados desviados, pequenas anomalias do caráter, sofrimentos cotidianos e situações do dia a dia. Ela continuou aparecendo como uma instância legitimadora de processos de medicalização social e de ausência de direitos (Caponi, 2021).

A seguir serão apresentados os sistemas de classificação dos transtornos psiquiátricos infantis, que possibilitarão uma melhor compreensão de todo este processo.

2.3 Classificação dos diagnósticos psiquiátricos infantis

A origem do termo diagnóstico é grega e significa reconhecimento (Assumpção; Kuczynski, 2003). Em Medicina, diagnosticar é reconhecer uma doença, uma patologia em um indivíduo enfermo com um propósito clínico, de comunicação, de investigação ou outro (Miranda-Sá, 1992). Em Psiquiatria, e mais ainda em Psiquiatria infantil, tal tarefa é extremamente complexa.

Um sistema diagnóstico corresponde a um sistema classificatório das doenças psiquiátricas sob um ponto de vista clínico, epidemiológico, biológico ou terapêutico (Zarifian, 1986). Ao longo do tempo deu-se uma preocupação cada vez maior com a confiabilidade diagnóstica, ou seja, se o diagnóstico evocado poderia ou não ser efetuado por outros médicos em pacientes submetidos às mesmas condições de exame (Assumpção; Kuczynski, 2003). Assim, a partir de um sistema de critérios diagnósticos operativos para pesquisa *Research and Diagnostic Criteria* (RDC), foi erigido o sistema DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), sistema classificatório da Associação Psiquiátrica Americana. O Código Internacional das Doenças (CID), da

Organização Mundial da Saúde, tem o mesmo escopo de objetividade. Atualmente, no Brasil e no mundo, são utilizados preferencialmente o DSM, em sua quinta edição, e o CID, na décima edição. Este trabalho se restringe a elas.

Os sistemas DSM são classificações de tipo categorial e hierárquico, descrevendo categorias diagnósticas, com subdivisões dos transtornos em estruturas arborizadas com maior especificidade quanto mais se desce por suas ramificações. Toda essa preocupação em tornar o exame capaz de colocar em relevância apenas fatos observáveis e reproduzíveis por outros eventuais examinadores gerou uma corrida em busca de questionários, escalas e marcadores biológicos que possam objetivar cada vez mais a prática psiquiátrica. Assim, dois critérios são extremamente importantes nessa ótica para o diagnóstico, os quais eventualmente podem ser usados para justificar a prescrição de psicofármacos, a saber: se os sintomas geram algum dano ao indivíduo e se há alguma manifestação de disfunção (Assumpção; Kuczynski, 2003).

Apresento aqui os principais diagnósticos da Psiquiatria Infantil, tendo como referência principal a CID 10¹. No entanto, como há a pretensão de, em breve (provavelmente até o final do presente ano, 2023), utilizar o CID 11 como classificação oficial pelos países-membros da OMS (WHO, 2018), pontuo em linhas gerais as principais diferenças entre o DSM-5/CID 11 e o DSM-4/CID 10.

Os processos de elaboração do DSM-5 e do capítulo de transtornos mentais, do comportamento e do neurodesenvolvimento da CID 11 incluíram intensa parceria entre os grupos que revisaram os dois manuais, buscando compatibilização entre ambos (APA, 2014 *apud* Lima, 2021). Essa cooperação já havia ocorrido entre as forças-tarefas do DSM-4, de 1994, e da CID 10, de 1992, visando minimizar as diferenças entre as classificações (APA, 1995 *apud* Lima, 2021). Desta forma, a despeito de a CID 11 não se basear em listas de critérios diagnósticos, há fortes semelhanças entre os quadros presentes em ambas. No que se refere a crianças e adolescentes, a característica mais notável do DSM-5 e da CID 11 é o desaparecimento dos diagnósticos especificamente dedicados a essa faixa etária. Tanto os “transtornos usualmente evidentes pela primeira vez na infância e adolescência” (DSM-4) quanto os “transtornos com início específico na infância” (CID 10) são deslocados principalmente para o grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento. Nele se agrupam: as deficiências intelectuais (na CID 11,

¹ Tomei como referência os principais diagnósticos encontrados no ambulatório de Psiquiatria Infantil objeto desta pesquisa. Neste ambulatório, utilizo o CID 10 para classificação diagnóstica, assim apresentarei seus critérios neste capítulo.

“transtornos do desenvolvimento intelectual”); os transtornos da comunicação (“transtornos do desenvolvimento da fala ou da linguagem”); os transtornos específicos da aprendizagem (“transtorno do desenvolvimento da aprendizagem”); os transtornos motores (“transtorno do desenvolvimento da coordenação motora” e “transtorno de movimento estereotipado”); o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH); e o Transtorno do espectro autista (TEA). Os demais diagnósticos no DSM- e na CID 10 faziam parte de grupos evidentes ou com início na infância, mas na DSM-5 e na CID 11 estão dispersos em outras seções, ao lado dos transtornos “adultos”. O transtorno de ansiedade de separação e o mutismo seletivo foram incluídos no grupo dos transtornos de ansiedade (na CID 11, “transtornos de ansiedade ou relacionados ao medo”); a pica, nos transtornos alimentares; a enurese e encoprese, nos transtornos da eliminação; o transtorno de conduta (“transtorno de conduta antissocial”) e o transtorno opositivo desafiador, no grupo dos transtornos disruptivos, do controle dos impulsos e da conduta (“transtornos do comportamento disruptivo ou antissocial”); o transtorno de apego reativo e o transtorno de interação social desinibida, nos transtornos relacionados a traumas e estressores (“transtornos especificamente associados com estresse”). O novo diagnóstico de transtorno de escoriação (*skin picking*), que geralmente tem seu início na adolescência e que é caracterizado por “beliscar” repetidamente a pele, foi alocado tanto no DSM-5 como na CID 11 no capítulo do TOC e transtornos relacionados (na CID, no subgrupo dos “transtornos do comportamento repetitivo focados no corpo”). Uma das poucas diferenças entre as duas edições mais recentes dos dois manuais, no que se refere à infância e adolescência, diz respeito a um novo diagnóstico, batizado de “transtorno disruptivo de desregulação do humor (TDDH)”, fazendo parte do grupo dos transtornos depressivos no DSM-5. A CID 11 não inclui esse quadro, descrevendo a síndrome como um subtipo do “transtorno desafiador de oposição com irritabilidade e raiva crônicas” (TOD), parte do grupo dos “transtornos do comportamento disruptivo ou dissocial” (APA, 2014; WHO, 2018 *apud* Lima 2021).

Iniciarei a descrição dos diagnósticos pela “Deficiência Mental”², que na CID 10 é nomeada como Retardo Mental, tem numeração entre F70 e F79 e definida como:

²Este diagnóstico tem frequência significativa neste ambulatório, segundo levantamento realizado a respeito dos atendimentos do último ano e que será apresentado no capítulo de metodologia.

Retardo mental é uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, a qual é especialmente caracterizada por comprometimento de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento, as quais contribuem para o nível global de inteligência, isto é, aptidões cognitivas, de linguagem, motoras e sociais. O retardo pode ocorrer com ou sem qualquer outro transtorno mental ou físico. Entretanto, indivíduos mentalmente retardados podem apresentar a série completa de transtornos mentais e a prevalência destes é pelo menos três a quatro vezes maior nessa população do que na população em geral (CID 10, 1993, pg. 221).

F70 Retardo mental leve

F71 Retardo mental moderado

F72 Retardo mental grave

F73 Retardo mental profundo

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental não especificado (CID 10, 1993, pg. 220).

Outro diagnóstico comum é o chamado Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (DSM-IV e 5), que no Código Internacional das Doenças encontra-se nos Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência (F90 – F99), sendo nomeado como Transtornos Hipercinéticos. Considerado o diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância, o TDAH compreende três categorias de sintomas: desatenção, impulsividade e hiperatividade. Segundo Vasconcelos *et al.* (2003) estudos recentes dão conta de prevalência de 4 a 12% da população geral de crianças de 6 a 12 anos de idade. Segundo o DSM-IV, o TDAH compreende três subtipos: hiperativo-impulsivo predominante, desatento predominante e misto.

O entendimento de que agitação, baixa concentração e impulsividade em crianças são sintomas médicos é relativamente atual. O interesse em crianças com baixa capacidade de atenção e hiperatividade se deu no início do século XX, quando um pediatra, Frederick Still, descreveu um grupo de crianças que apresentavam uma dificuldade incomum de manter a concentração, inquietação e irritabilidade (Still, 2006 *apud* Brzozowski; Brzozowski; Caponi, 2010). As características de hiperatividade e falta de atenção em crianças apresentaram-se relacionadas apenas após o surgimento do diagnóstico de dano cerebral mínimo, o que ocorreu posteriormente às epidemias de encefalite nas primeiras décadas do século XX (Timimi, 2002 *apud* Brzozowski; Brzozowski; Caponi, 2010).

Neste processo, a síndrome vem sofrendo alterações contínuas em sua nomenclatura. Na década de 1940 surgiu a denominação “lesão cerebral mínima”; e a partir de 1962, passou a ser utilizado o termo “disfunção cerebral mínima” (Assumpção;

Kuczynski, 2003). A síndrome também já foi conhecida como “encefalite letárgica”, “hipercinesia”, “doença do déficit de atenção” (DDA) e “transtorno de déficit de atenção com hiperatividade” (Brzozowsk; Brzozowsk; Caponi, 2010). Alguns dos sintomas mais frequentes associados a esses nomes são: baixo desempenho escolar, extroversão extrema, comportamentos violentos, incapacidade de cumprir tarefas, ladroagem, distúrbios nos padrões de sono, moralidade inconsistente com a idade e esquecimento (Rafalovich, 2001).

Embora utilizem nomenclaturas diferentes, o CID 10 e o DSM, tanto na quarta como na quinta edição, apresentam mais similaridades do que diferenças nas diretrizes diagnósticas para o transtorno. De acordo com o DSM-5 existiriam três apresentações: desatenção predominante, hiperatividade/impulsividade predominante e combinado. Também catalogado neste mesmo grupo do CID 10, encontramos o Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador de Oposição. Apresento a visão geral destas seções:

F90 Transtornos hipercinéticos

F90.0 Perturbação da atividade e atenção

F90.1 Transtorno de conduta hipercinética

F90.8 Outros transtornos hipercinéticos

F90.9 Transtorno Hipercinético, não especificado

F91 Transtornos de conduta

F91.0 Transtorno de conduta restrito ao contexto familiar

F91.1 Transtorno de conduta não socializado

F91.2 Transtorno de conduta socializado

F91.3 Transtorno desafiador de oposição

F91.8 Outros transtornos de conduta

F91.9 Transtorno de conduta, não especificado

F92 Transtornos mistos de conduta e emoções

F93 Transtornos emocionais com início específico na infância

F94 Transtornos de funcionamento social com início específico na infância e adolescência

F95 Transtornos de Tique

F98 Outros transtornos emocionais e de comportamento com início ocorrendo usualmente na infância e adolescência

F99 Transtorno mental, sem outra especificação (CID 10, 1993, pg. 254-255, grifo nosso).

O Transtorno hipercinético é assim definido:

Esse grupo de transtornos é caracterizado por: início precoce; uma combinação de um comportamento hiperativo e pobremente modulado com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas e conduta invasiva nas situações e persistência no tempo dessas características de comportamento. (...) Transtornos hipercinéticos sempre começam cedo no desenvolvimento (usualmente nos primeiros 5 anos de vida). Suas principais características são falta de persistência em atividades que requeiram envolvimento cognitivo e uma tendência a mudar de uma atividade para outra sem completar nenhuma, junto com uma atividade excessiva, desorganizada e mal controlada. (...) (CID 10, 1993, pg. 256).

O Transtorno de conduta recebe essas diretrizes diagnósticas:

Os transtornos de conduta são caracterizados por um padrão repetitivo e persistente de conduta anti-social, agressiva ou desafiadora. Tal comportamento, quando em seu maior extremo, deve alcançar violações importantes das expectativas sociais apropriadas à idade do indivíduo e é, portanto, mais grave que travessuras infantis ou rebeldia adolescente normais (CID 10, 1993, pg. 260).

O Transtorno Desafiador de Oposição, segundo a OMS, é caracteristicamente visto em crianças abaixo da idade de 9 ou 10 anos. É definido pela “presença de comportamento marcadamente desafiador, desobediente e provocativo e pela ausência de atos antissociais ou agressivos mais graves, que violem a lei ou os direitos dos outros” (CID 10, 1993, p. 264). O DSM-5 acrescenta que, para identificação do diagnóstico, “outros fatores devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo” (APA, 2013, p. 463). Trata-se de contar a frequência de aparição dos sintomas, de calcular o desvio que a criança apresenta em relação à média ou padrão da mesma idade (Caponi, 2021).

Sandra Caponi (2021) afirma ser possível argumentar que o grupo denominado “transtornos de conduta e impulso”, no qual está inserido o TOD, permitiria diferenciar os transtornos intelectuais e do desenvolvimento, dos transtornos de comportamento. Porém, ainda que no DSM-5 os transtornos intelectuais e os transtornos de comportamento com início na infância se apresentem em capítulos diferentes, ambos agrupamentos coexistem quando observamos a multiplicação de comorbidades relatadas, ou seja, invalidando tal argumento. A autora afirma ainda que, frequentemente, o Déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é comórbido com o Transtorno de oposição desafiante. Deste modo, com a desaparecimento dos chamados “transtornos geralmente diagnosticados por primeira vez na primeira infância ou adolescência”, o DSM-5 permitiu criar uma linha de continuidade entre comportamentos comuns na infância, mas que a Psiquiatria considera patológicos, e condutas antissociais ou até criminosas que, segundo afirma, poderão vir a ocorrer na vida adulta daqueles diagnosticados com TOD, sempre que não sejam devidamente tratados (Caponi, 2021). Neste caso, isso contribuiu para a constituição do campo da prevenção na dita Psiquiatria do Desenvolvimento, o que aprofundarei mais à frente neste mesmo capítulo.

No DSM-IV, TOD e transtorno de conduta (TC) se excluíam, não podendo existir concomitantemente. Pelo contrário, no DSM-5, o TOD e TC podem coexistir, e o TOD passa a ter um lugar privilegiado de marcador de risco para um conjunto de

comportamentos considerados socialmente ameaçadores (comportamentos que ocupam um lugar intermediário entre o médico e o jurídico, associados aos transtornos de conduta e de personalidade antissocial), tais como: violar os direitos dos outros, provocar danos físicos ou danos na propriedade, delinquir, enganar e provocar graves violações às normas sociais (Caponi, 2021).

Outros diagnósticos comuns são aqueles encontrados na seção do F80 ao F89, de nome “Transtornos do desenvolvimento psicológico”. Nesta seção, além dos “Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e linguagem” (F80) e dos “Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares” (F81) temos os “Transtornos invasivos do desenvolvimento” (F84), cujo “Autismo infantil” (F84.0) é o mais conhecido deles. Este último apareceu pela primeira vez na literatura em 1943, descrito por Kanner sob o nome de “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, um quadro caracterizado por isolamento extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia. No CID 10, o Autismo infantil é definido pela presença de “desenvolvimento anormal e/ou comprometido que se manifesta antes da idade dos 3 anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivos” (CID 10, 1993, p. 247). Já a partir do DSM-5, assim como no CID 11, o autismo passa a ser chamado de “Transtorno do Espectro do Autismo”, sendo um dos “Transtornos do Neurodesenvolvimento”.

Por fim, dentre os chamados Transtornos de Humor (F30-F39) se situa o Episódio depressivo (F32), definido como: “humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída” (CID 10, 1993, p. 117). No intervalo de F40 a F48 encontram-se os “Transtornos neuróticos”, relacionados ao estresse e somatoformes, que segundo o CID 10 (1993) “foram colocados juntos em um grande grupo global devido à sua associação histórica ao conceito de neurose e à associação de uma substancial (embora incerta) proporção desses transtornos à causação psicológica” (CID 10, 1993, p. 132).

- F40 Transtornos fóbico-ansiosos
- F41 Outros transtornos de ansiedade
- F42 Transtorno Obsessivo-compulsivo
- F43 Reação a estresse grave e transtornos de ajustamento
- F44 Transtornos dissociativos (ou conversivos)
- F45 Transtornos somatoformes
- F48 Outros transtornos neuróticos (CID 10, 1993, p. 130-131)

Nesse grupo temos os Transtornos fóbico-ansiosos (F40), nos quais “a ansiedade é evocada apenas, ou predominantemente, por certas situações ou objetos (externos ao indivíduo) bem definidos, os quais não são correntemente perigosos” (CID 10, 1993, p. 132).

- F40.0 Agorafobia
 - .00 Sem transtorno de pânico
 - .01 Com transtorno de pânico
- F40.1 Fobias sociais
- F40.2 Fobias específicas (isoladas)
- F40.8 Outros transtornos fóbicos-ansiosos
- F40.9 Transtorno fóbico-ansioso, não especificado (CID 10, 1993, p. 130).

Neste mesmo grupo encontramos os Outros transtornos de ansiedade (F41), sendo as manifestações ansiosas os principais sintomas desses transtornos (CID 10, 1993, p. 137).

- F41.0 Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)
- F41.1 Transtorno de ansiedade generalizada
- F41.2 Transtorno misto de ansiedade e depressão
- F41.3 Outros transtornos mistos de ansiedade
- F41.8 Outros transtornos de ansiedade especificados
- F41.9 Transtorno de ansiedade, não especificado (CID 10, 1993, p. 130).

2.4 Por uma Psiquiatria crítica

Após esta apresentação das diretrizes diagnósticas catalogadas nos principais manuais, há que se ter um contraponto a esta visão biomédica. Pois a inclusão, retirada ou realocação de um dado diagnóstico nas classificações parece, à distância, se dar de modo puramente empírico, científico e neutro, resultando do acúmulo de conhecimento da Psiquiatria sobre as patologias mentais. Entretanto não é bem assim que isso acontece, pois sempre há interferência de fatores externos (socioculturais, econômicos) e dos valores dos pesquisadores nesse processo (Lima, 2021).

Szasz (1991 *apud* Bezerra, 2014) considera a Psiquiatria como um dispositivo social de controle e domesticação da vida social. Ele chega a dizer que: “a psiquiatria é, entre outras coisas, a negação institucionalizada da natureza trágica da vida” (Szasz, 1991 *apud* Bezerra, 2014, p. 10). Argumentando ainda que a nomeação de diagnósticos médicos tenta aplacar experiências de angústia e dor subjetiva, colocando a doença mental como “uma metáfora para justificar controle e intervenção sobre experiências e comportamentos desviantes ou socialmente indesejáveis numa determinada época” (Szasz, 1991 *apud* Bezerra, 2014, p. 10).

Nos anos 1960-1970 houve um movimento antipsiquiátrico, que resistia às concepções biológicas centradas na psicopatologia, e do qual Szasz fazia parte. Este movimento se baseava numa análise psico-político-social do sofrimento mental e, também, na orientação psicodinâmica do movimento psicanalítico. Tal dicotomia entre “biológico” e “existencial humanista” ainda existe, confrontando perspectivas que consideram a complexidade da experiência humana de sofrimento com aquelas que se baseiam na biologia e nas ciências do comportamento (Brendel, 2006, p. 9).

Bezerra (2014) concorda com Szasz e acrescenta que “na origem da psiquiatria está a necessidade humana de tornar inteligível e tolerável a complexidade e a ausência fundamental de sentido que caracteriza a existência” (Bezerra, 2014, p. 11). Para ele a convergência entre a “natureza trágica da vida” e dos afetos justifica que se pretenda nomear, descrever, classificar, distinguir e tratar condições existenciais que nos causam dor e angústia. Resumindo essa tese geral, Bezerra lança mão de Canguilhem, que ao examinar como se formam nossas concepções de normalidade e patologia, resume afirmando “O *pathos* precede o *logos*” (Canguilhem, 2011 *apud* Bezerra, 2014, p. 11).

Partindo da frase de Bezerra, “a clínica é o campo onde a demarcação entre a saúde e a doença é o ponto de partida e a bússola que orienta a ação terapêutica, e a referência em relação à qual os resultados terapêuticos são avaliados” (2006, p. 91), penso que a discussão sobre o que constitui a fronteira entre o normal e o patológico deveria ser central, embora nem sempre isso seja observado. Nessa seara, a obra de Georges Canguilhem é uma referência obrigatória. Apesar de abordar tal tema em outros escritos, em seu livro clássico, *O Normal e o patológico*, escrito em 1943, é sem dúvida, onde ele o desenvolve com maior profundidade. O ponto de partida fundamental de Canguilhem é a afirmação de que a medicina não pode ser considerada uma ciência, mas uma práxis, “uma arte situada na confluência de várias ciências” (1982, p. 16). A medicina impulsiona a expansão dos conhecimentos da ciência da vida e das doenças, mas em si mesma não é uma atividade científica. O essencial da medicina é a clínica e a terapêutica, sendo assim, seu centro de gravidade é o *pathos*, e não o *logos*. Este é suscitado, convocado, requisitado, sempre que há um sofrimento a ser tratado, e a este objetivo deve estar sempre referido. Caminhando pela tese canguilhemiana chegamos a outra afirmação de grande importância: “a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida” (Canguilhem, 1982, p. 149). Neste sentido, ser sadio não é exatamente ser normal, porque a doença é, no sentido efetivo da palavra, normal – ou seja, embora reconhecida como algo a ser delimitado, é previsível e compõe o cenário de uma vida

saudável. A saúde implica a doença, que pode ser vista como uma norma inferior e mais limitada, mas não como ausência de norma.

Como conclui Bezerra (2006), no caso da psiquiatria e da saúde mental, a importância de sua tese não pode ser subestimada:

Sua insistência na dimensão fenomenológica do fenômeno patológico (“como é que é estar deprimido, delirante, angustiado”) mostra os limites de uma psiquiatria que pretende se transformar em ciência por meio da depuração de todo “subjetivismo” em prol de uma abordagem “objetiva” do sofrimento psíquico (p. 107-108).

E desta forma, os profissionais da saúde que estão desprovidos de ferramentas conceituais para pensar de forma crítica este problema, acabam ocupando uma posição subordinada no debate contemporâneo sobre os limites éticos da intervenção biotecnológica sobre a vida. A sociedade, impulsionada tanto pela inovação tecnológica avançada como por mudanças sociais, induz a medicina a intervir de forma generalizada, ultrapassando as fronteiras da doença para se erigir em uma prática de aperfeiçoamento ou correção dos organismos. E assim, os profissionais acabam por assimilar e reproduzir conceitos e pontos de vista sobre a saúde e a doença que refletem o imaginário social e teórico vigente e tornam-se agentes de um crescente processo de medicalização da existência e patologização do normal (Bezerra, 2006).

Para entender melhor o *pathos*, é importante darmos um mergulho em nosso caldo cultural. Em 1931, ao criar o “Admirável Mundo Novo”, Aldous Huxley visualizou, através do crivo de sua estética literária, o problema de condicionamento humano a uma escravidão satisfeita e alienada. A partir daí, traça as bases de uma sociedade estranha, onde os princípios da família são abolidos, a ponto de os vocábulos “pai” e “mãe” tornarem-se obscenos: um mundo submetido à ciência. No Admirável Mundo Novo, essa padronização do produto humano foi levada até os extremos fantásticos: todos devem sentir-se felizes e, para tanto, utilizam uma droga, “o soma”. Porém, nem tão fantástica assim foi a previsão de Huxley, já que nela incide a busca humana por aplacar o mal-estar. E como fica o mal-estar na atualidade? É bom lembrar que não podemos falar em mal-estar sem que se aluda ao sujeito, já que o mal-estar se inscreve sempre no campo da subjetividade. Precisamos entender que inúmeros trabalhos preciosos, através de uma abordagem transdisciplinar cujo viés passa pela Sociologia, Filosofia, Educação e

Psicanálise, têm revelado uma condição contemporânea do homem, o que afetaria a própria economia psíquica (Dunker, 2015).

Se ao fim do século XX existe um novo sujeito, este é marcado pela figura do homem-empresa ou do sujeito-empresarial. O homem neoliberal é o homem competitivo, inteiramente imerso na competição mundial. Do sujeito ao Estado, passando pela empresa, um mesmo discurso permite articular uma definição do homem pela maneira como ele quer ser “bem-sucedido”, assim como pelo modo como ele deve ser “guiado”, “estimulado”, “formado”, “empoderado” para cumprir seus “objetivos”. A racionalidade neoliberal produz o indivíduo que necessita de uma organização dos meios para governá-lo, a fim de que ele se veja como uma entidade em competição e, portanto, maximize seus resultados, assumindo riscos. “Empresa” é também o nome que se deve dar ao governo de si nesta era neoliberal. Precisamente, a grande inovação da tecnologia neoliberal é vincular a maneira como um homem “é governado” à maneira como ele próprio se governa (Dardot; Laval, 2016).

Enquanto maneira de ser do eu humano, a empresa de si mesmo constitui um modo de governar-se de acordo com valores e princípios, tais como: energia, iniciativa, ambição, cálculo e responsabilidade social. Trata-se do indivíduo competente e competitivo, que procura maximizar seu capital humano em todos os campos, que não procura apenas projetar-se no futuro e calcular ganhos e custos como o velho homem econômico. Ao contrário, ele procura sobretudo trabalhar a si mesmo com o intuito de transforma-se continuamente, aprimorar-se, tornar-se sempre mais eficaz. Os novos paradigmas que englobam tanto o mercado de trabalho como o da educação e da formação, “formação por toda a vida” (*long life training*) e a “empregabilidade”, são modalidades estratégicas significativas (Dardot; Laval, 2016).

Para dar conta do mal-estar que se inscreve neste “sujeito da ciência”, da liberdade e da fluidez, esse sujeito neoliberal, que acima de tudo é um sujeito consumidor, vemos a cada momento o aparecimento de um admirável remédio novo, que assim como o “soma”, carrega consigo a suposta capacidade de aplacar qualquer mal-estar e ampliar a potência. Lacan já apontava em 1966 que o surgimento da indústria farmacêutica vinha produzindo uma mudança na função do médico. Ele perderia algo de sua posição original de homem de prestígio e autoridade, podendo ocupar agora o lugar de mero agente distribuidor dos produtos farmacêuticos que a indústria científica coloca no mercado (Dunker, 2015).

Se a perversão, a violência, a onipotência e o narcisismo exacerbados encontram no mundo atual respaldo na política de mercado, no consumo instituído como lei e na mídia como o meio eficaz, direto, rápido e eficiente de comunicar valores nem sempre louváveis, o resultado é representado por patologias que parecem responder a essa lógica dominante, bem como por desigualdade e exclusão social (Safatle; Junior; Dunker; 2018).

Especial atenção devemos dar, neste contexto contemporâneo de neoliberalismo e Admirável Mundo Novo, à clínica com crianças. A empresa de si mesmo deve encontrar um sentido, um compromisso na globalidade da vida, o que começa cedo. A criança mesmo deve ser empreendedora de seu saber. A quebra da onipotência fundamental no desenvolvimento psíquico da criança, segundo Freud e Winnicott, encontra sérias dificuldades nos tempos atuais, uma vez que no mundo das imagens, do excesso, das conquistas imediatas, rápidas e fugazes, a onipotência cresceu em importância, fazendo parte das estratégias para lidar com o outro (Dunker, 2015).

Adentrando especificamente o campo da saúde mental infantojuvenil, pode-se observar por exemplo o TDAH, discorrido no tópico anterior, no qual características que hoje são consideradas sintomas eram vistas como comportamentos normais. Então, é possível constatar que o limiar entre saúde e doença, normal e patológico tornou-se muito tênue. Parece que isso se deve ao aumento do conhecimento científico e às práticas em saúde. Se um indivíduo apresenta um comportamento indesejado pela sociedade, ele é rotulado de “depressivo”, “ansioso”, “louco”, “hiperativo”. Blech (2005) acredita que isso se dá porque os altos e baixos naturais da vida e comportamentos até então considerados normais são convertidos em estados patológicos.

Quando se trata de crianças, é na escola que observamos a influência na determinação de metas de aprendizagem, específicas para cada faixa etária, instalando desde cedo o ideal de maximização do desempenho, que é o embrião do sujeito-empresarial. Grande parte das crianças deveria aprender a ler com uma idade específica; aquelas que não iniciam a leitura junto com outras podem ser facilmente consideradas desviantes. Dessa forma, partem da escola os principais apontamentos acerca das características do TDAH ou de quaisquer outras características associadas a um diagnóstico psiquiátrico, e é de lá que saem os encaminhamentos das crianças aos profissionais de saúde (Brzozowski; Brzozowski; Caponi, 2010). A biologização da não-aprendizagem é muito comum no meio escolar, fazendo com que, caso a criança falhe em atingir suas metas como “empresa de si mesmo”, a responsabilidade pelas reprovações e pela evasão escolar recaia sobre as doenças. Ao tratar questões sociais de forma

biologizante, todo o sistema social é isento de responsabilidade. Na escola, desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções médicas, inacessíveis à educação (Collares; Moysés, 1996, *apud* Brzozowski; Brzozowski; Caponi, 2010). Assim, para alguns professores, médicos e pais, além das próprias crianças, os indivíduos muito ativos e que não prestam atenção como deveriam possuem algum problema de saúde (Conrad; Schneider, 1992 *apud* Brzozowski; Brzozowski; Caponi, 2010).

Tratar esses comportamentos indesejáveis como um problema médico foi e ainda é bem aceito na sociedade. Os motivos são muitos. Para os médicos, por exemplo, é fácil prescrever um remédio e os resultados podem ser bons. Qualquer que seja o diagnóstico, indica uma doença a ser tratada e, assim, diminui a culpabilidade dos pais, fazendo com que estes observem o diagnóstico com bons olhos. O medicamento, muitas vezes, torna a criança menos agitada na sala de aula e às vezes facilita a aprendizagem, resolvendo o problema também na escola (Conrad; Schneider, 1992, *apud* Brzozowski; Brzozowski; Caponi, 2010). Dessa forma, os diagnósticos psiquiátricos se tornam uma saída conveniente quando o projeto de uma criança “competente e competitiva” começa a titubear e colocar em risco o ideal de futuro construído pelos pais e reforçado pela instituição escolar.

Como é sobretudo a sociedade que produz as patologias e sendo o *pathos* a tradução do sofrimento em uma gramática ordenada, a própria maneira de encarar o sofrimento já muda com os padrões normativos que geram uma sociedade, e conseqüentemente essas patologias vão se modificar em função do regime econômico vigente, como é o caso do neoliberalismo. Assim, os índices do DSM foram se modificando com o passar dos anos, com o desaparecimento de algumas patologias e o surgimento de novas, e vemos em sua quinta edição muitas influências do neoliberalismo. Zorzanelli (2014) argumenta a favor da ideia de que tais manuais são mais adequadamente entendidos como um objeto cultural, e nesse caso são capazes de, ao mesmo tempo, refletir ideias médicas — principalmente psiquiátricas — em vigência por ocasião de cada edição, e de produzir, a partir de suas publicações, várias formas de impacto cultural que extrapolam seu uso entre profissionais da área de saúde mental.

Nesse sentido, reforçando a existência de influências do neoliberalismo no DSM-5, Zorzanelli (2014) apresenta um estudo de Cosgrove e Krimsky (2012), no qual foi evidenciado que 69% dos profissionais da força tarefa do DSM-5 teriam laços com a indústria farmacêutica, ou seja, conflitos de interesse materializados em pesquisas financiadas pelas companhias farmacêuticas, participações em consultorias, entre outros.

Esse número representa um aumento de 21% em relação ao DSM-IV. Nessa mesma direção também vão os argumentos de Sadler (2013) quando sustenta a tese de que o complexo médico-industrial da saúde mental (*mental health medical-industrial complex* – MHMIC) é amplamente responsável pela hegemonia dos DSM's³. Tal hegemonia cultural ocorre porque esse manual é útil ao complexo médico industrial e influência nos campos do fomento à pesquisa, das políticas públicas e no discurso social sobre as doenças mentais, que por sua vez também fomentam o sucesso do manual (Zorzanelli; Bezerra; Costa, 2014). Tal circuito diz respeito principalmente ao lucro, o que se insere na lógica neoliberal.

Em determinadas circunstâncias, tais índices nos dizem muito pouco: utilizo novamente como exemplo o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Ao observarmos os critérios diagnósticos para tal síndrome, conclui-se que querem nos dizer tudo e acabam não dizendo nada. Tais critérios não diferem em quase nada dos numerosos sintomas que podemos encontrar em crianças neuróticas, *borderline* ou psicóticas, como produto de defesas maníacas, elementos depressivos, atitudes de dissociação, histerias e condutas regressivas.

Os rituais obsessivos, que já na primeira metade do século XX Melanie Klein descrevia em Rita (uma menina de dois anos), hoje se tem transformado em Transtorno obsessivo-compulsivo; e não estranharíamos ver o pequeno Hans diagnosticado com síndrome do pânico. As consequências dessas redenominações surpreendem, porque estão fadadas a eliminar a subjetividade e transformar os conflitos psíquicos em simples processos neuro-bioquímicos. Em lugar de analisar a história e pensar na repetição de elementos traumáticos, medica-se (Safatle; Junior; Dunker, 2018). Tais críticas, embasadas no pensamento psicanalítico atual, engordam as críticas “existenciais/humanistas” aos manuais diagnósticos. No entanto, o que dizer das crianças que se encontram à margem do homem-empresa, sem poder de compra e sem nenhuma possibilidade de competitividade, lutando por sobrevivência?

Na tentativa de responder a tal questionamento, lanço mão de Nascimento, Coimbra e Lobo (2012), que buscaram analisar e discutir um dos 16 projetos que fazem

³ A esse respeito, o trabalho de Vianna (2002) tem abordado, em língua portuguesa, o conceito de complexo médico-industrial, utilizado no Brasil desde os anos 1980, no intuito de ressaltar “as múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor saúde e destes com os demais setores da economia” (p.376).

parte do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD)⁴, o projeto titulado “Prevenção”. Os projetos do INPD são direcionados a uma parcela da população infantojuvenil, composta por cerca de cinco milhões de crianças e adolescentes, da gestação até os 18 anos, abarcando aproximadamente 1000 municípios brasileiros. Tal público-alvo é composto por crianças e adolescentes em situação de risco — ditos vulneráveis, são aqueles que engordam a camada da população que luta por sobrevivência. O projeto Prevenção deveria ter início no final de 2009 com a triagem dos estabelecimentos e alunos participantes. Previa a seleção de 22 escolas estaduais em Porto Alegre e 40 em São Paulo, perfazendo um total de 15.000 alunos. A finalidade desses projetos seria a possibilidade de o INPD desenvolver uma “nova metodologia” para identificar “indivíduos de risco” e testar intervenções antes da manifestação de determinadas doenças visando prevenir/impedir que se desenvolvam. Os proponentes informam tratar-se de “um novo paradigma para a psiquiatria, pois se elege como alvo de intervenção a trajetória do desenvolvimento da doença e não apenas a busca de alívio dos sintomas já instalados” (Miguel *et al.*, 2009 *apud* Nascimento; Coimbra; Lobo, 2012).

A principal questão das autoras é tentar entender o que tem possibilitado recentemente tais práticas preventivas. A esse respeito, citam Moysés e Collares (2010), “não se deve esquecer que a medicina constitui seu estatuto de ciência moderna atribuindo-se a competência para legislar e normatizar o que seja saúde ou doença e, honrando suas raízes positivistas, biologiza a vida” (*apud* Nascimento; Coimbra; Lobo, p. 72). Em seguida, Ivan Illich (1982), “[a medicina ...] pretende ter autoridade sobre as pessoas que ainda não estão doentes, sobre pessoas de quem não se pode racionalmente esperar a cura” (*apud* Nascimento; Coimbra; Lobo, 2012, p. 72, grifo nosso). As autoras argumentam que a psiquiatria do desenvolvimento é uma sofisticação ainda maior que a psiquiatria infantil, se constituindo como um fator de grande ajuda na patologização da criança. Tem a pretensão de afirmar a verdade sobre a doença, buscando também sinais que poderão possivelmente anunciá-la, e assim produzem-se futuros sujeitos perigosos, pois doentes em potencial. Daí a marca da prevenção que instala a origem do estigma da

⁴ Projeto 1: Epidemiológico brasileiro. Projeto Prevenção: União dos projetos 2, 3, 4, 5 para intervenção precoce. Projeto 6: Memória verbal. Projeto 7: Tratamento adaptado. Projeto 8: Abordagens não invasivas. Projeto 9: Coorte Butantã. Projeto 10: Estudos econômicos. Projeto 11: Modelos animais. Projeto 12: Formação de recursos humanos, ensino médio, graduação e pós-graduação em medicina. Projeto 13: Treinamento de professores do ensino fundamental. Projeto 14: Formação para profissionais do PSF e pediatras. Projeto 15: Aplicação de recursos de Telemedicina. Projeto 16: Tradução, adaptação e desenvolvimento de um Prontuário Eletrônico em Psiquiatria (Nascimento; Coimbra; Lobo, 2012).

doença. Esse controle sobre a vida tem como alvo o melhor governo sobre a população (Nascimento; Coimbra; Lobo, 2012).

Para o embasamento de sua argumentação teórica, as autoras lançam mão da tese do biopoder de Foucault, que chama de “governamentalização”, as novas técnicas de governo que se utilizam de táticas que “definem o que deve ou não competir ao Estado” (Foucault, 1979, p. 292 *apud* Nascimento; Coimbra; Lobo, 2012, p. 92). Trata-se de um poder que tomou a vida humana enquanto espécie e que “conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico” (Foucault, 2000, p. 286 *apud* Nascimento; Coimbra; Lobo, 2012, p. 93). Nesse caso, surgem novas perspectivas que modificam os dispositivos da disciplina.

Entendendo que hoje vemos uma superposição entre o “fazer viver” do biopoder e o “fazer morrer” da soberania, essa governamentalização da vida anuncia um novo racismo na escolha de quem precisa morrer para que outros possam viver. Nova engrenagem sutil desse jogo de “fazer viver e deixar morrer” que, quando não leva à morte, produz mortificações pelas reclusões, pelo estigma dos laudos, de certos diagnósticos, e/ou pelo abandono do “deixar morrer”. Trata-se de uma Razão de Estado que deixa de ser “uma arte de governar”, para tornar-se “uma ciência de governo”, cujo objeto principal é a população e o instrumento desse saber é a estatística. Não se trata mais da manutenção de um povo num território que ele ocupa, mas de conhecer seus movimentos, suas densidades, suas diferenças (Foucault, 2008, p. 85 *apud* Nascimento; Coimbra; Lobo, 2012).

Neste projeto Prevenção, as autoras observam que não são considerados os contextos escolar, social e histórico em que essas crianças estão inseridas: suas vivências, hábitos de vida e equipamentos culturais, o funcionamento da escola e as relações de poder que ocorrem no cotidiano dessa instituição, entre pais, professores, funcionários, gestores e a própria criança. Os perigos sociais são, novamente, atribuídos ao indivíduo e sua família. Supostamente sob a bem-intencionada justificativa da prevenção, os desvios da norma, com seus efeitos de culpabilização, vitimização e criminalização, constituem as pequenas e grandes mortificações do deixar morrer, o que faz parte dos poderosos processos capitalistas e neoliberais de eliminação de subjetividades submissas. A lógica do poder médico é complementada pela judicialização, que é caracterizada pela produção maciça de discursos e práticas punitivas/criminais que, ao se espalharem e se consolidarem no mundo atual, geram, como apontado por Foucault, os racismos de Estado (Nascimento; Coimbra; Lobo, 2012).

E assim, as autoras concluem que controle e tutela estão presentes nas chamadas políticas públicas de assistência e proteção à infância e ao adolescente, de forma mais ou menos explícita, como se pode observar nos projetos do INPD. Uma proteção que, ao invés de valorizar cada instante da vida, enfraquece a infância e a família, por conta do receio de um futuro incerto e perigoso que requer a ajuda de especialistas para que seja evitado. Dessa forma, famílias apavoradas renunciam à sua autonomia e, quanto mais distantes do mercado e do consumo, tanto mais carentes e faltosas se tornam; ao mesmo tempo, tornam-se também perigosas e vulneráveis. Um mal cujos riscos urgem intervenções preventivas (Nascimento; Coimbra; Lobo, 2012).

Por fim, cabe sublinhar que diante do exemplo acima referido e respondendo ao questionamento de como ficam as crianças que não apresentam poder de compra, que lutam por sobrevivência, e que provavelmente se encontram no ambulatório dessa pesquisa, entendemos que estas estão provavelmente sob chancela das ditas políticas públicas de assistência e proteção à infância e ao adolescente, que através do poder médico/biopoder, com seus manuais diagnósticos, apagam subjetividades e mantêm seu projeto de controle. E assim, torna-se necessária uma maior compreensão dos processos classificatórios contidos nos manuais diagnósticos em psiquiatria.

2.5 O ‘efeito de arco’ (*looping effect*) e os diagnósticos psiquiátricos infantis

Depois desse acalorado debate acerca dos diagnósticos psiquiátricos, vale o entendimento de que toda classificação presume alguns tópicos essenciais: um autor, um agente, um princípio classificador e um eixo ordenador que preside a criação das categorias que a compõem e organiza hierarquicamente sua distribuição. Toda classificação tem uma destinação, visa a um objetivo, assim como toda classificação tem um contexto de criação e uma história. Ela surge como resposta às exigências presentes num determinado horizonte histórico e se constitui tendo como referências as classificações que a precederam. Classificações psiquiátricas contêm todos esses elementos. Mas, pelo fato de que suas categorias são usadas em contextos relacionais e incidem sobre indivíduos vivendo em ambientes sociais complexos, os sistemas classificatórios criados pela psiquiatria alcançam importância cultural decisiva, visto que refletem no interior de sua lógica aspectos constitutivos da cultura e se tornam, pela força

performativa de suas categorias, verdadeiros atores sociais com forte poder de agenciamento na vida subjetiva dos indivíduos.

Discute-se aqui, neste ponto da exposição, como as classificações e consequentemente os diagnósticos podem afetar o comportamento das pessoas, particularmente das crianças. O mundo, segundo Hacking (2006) é um mundo de classificações que influenciam o comportamento dos indivíduos e que tiveram na história das civilizações um papel pragmático, por exemplo com as disposições dos tipos naturais, isto é, o que eles são capazes de fazer ou o que podemos fazer com eles, que despertaram e mantêm o interesse dos humanos. Mas, quando as classificações são estendidas a tipos de pessoas, fazem-se necessárias instituições para determinar quais serão as disposições importantes para a classificação. Como no caso dos tipos naturais, as disposições das doenças permitiram um refinamento de sua própria classificação e, consequentemente, do diagnóstico. O diagnóstico é o ponto central de divergência entre os tipos naturais e os tipos humanos, e é onde se dá a bifurcação entre indiferença e interação. As classificações podem ser de dois tipos: tipos indiferentes e tipos interativos.

O diagnóstico é uma classificação que rotula, impõe uma marca, assim como o gado que é marcado para o abate (Brzozowsk; Brzozowsk; Caponi, 2010), e dá ao indivíduo que o recebe uma entrada para um procedimento padronizado, institucionalizado. Uma doença pode representar uma classificação de tipo indiferente, se for uma doença fácil de ser tratada, sem maiores consequências. Já uma doença complicada, como por exemplo o câncer, é do tipo interativo. As causas biológicas de uma doença compõem o seu componente indiferente, e são comumente chamadas de etiologia. Já o componente interativo repousa sobre o estereótipo do portador daquela doença, que assume um aspecto social. A interação entre classificação e classificado é formada por dois elementos: do lado biomédico, as causas biológicas e o conjunto de sintomas; do lado social ou extrabiomédico, o comportamento do paciente (Brzozowsk; Brzozowsk; Caponi, 2010).

Quando há interação entre as causas biológicas e o comportamento do paciente, ocorre o efeito de arco (*looping effect*). “As pessoas e sua classificação estão numa situação de plena interação e evolução bilateral”, escreve Hacking (2006, p. 308). Isso ocorre quando a classificação altera o comportamento de um indivíduo, que, por sua vez, altera o estereótipo da classificação. O comportamento do indivíduo, modificado por uma classificação, pode apresentar um feedback positivo ou negativo (Hacking, 2006).

Portanto, as pessoas classificadas serão “alvos móveis”, isto é, ao mudar seu comportamento, acabam mudando o próprio estereótipo da classificação.

Cinco aspectos primários compõem a estrutura por trás de cada classificação: a classificação, os indivíduos, as instituições, o conhecimento e os especialistas.

A classificação em si gera os tipos de pessoas, que compartilham o mesmo problema. As pessoas formam um grupo, que possui um nome e características determinadas em função desse nome. Uma criança diagnosticada como apresentando TDAH e sua família podem perceber certas características da classe como problemas somente após o diagnóstico.

As instituições confirmam a existência dessa classificação e são um meio de legitimar aquele tipo de pessoa. A Psiquiatria e seus manuais, por exemplo, representam uma forma de legitimar e justificar o diagnóstico de transtornos mentais. As características de comportamento apresentadas por uma criança, descritas por seus familiares e educadores, são comparadas com os critérios estipulados no DSM-IV/V e no CID 10 e interpretados pelo especialista. Portanto, o especialista detém o poder de decidir quem apresenta o transtorno. Trata-se de um diagnóstico essencialmente clínico, sem exames laboratoriais ou de imagem. De posse do diagnóstico e das prescrições médicas, a criança volta à sua casa e à sua escola com um transtorno psiquiátrico. A partir daí, acontece o efeito de arco, quando as classificações interagem com os indivíduos classificados.

Para as crianças que não têm condições de entender o significado do diagnóstico, poderia se supor a não ocorrência do efeito de arco. Entretanto, os efeitos de arco envolvem unidades mais amplas, como a família e a escola. Não se pode acreditar que os rótulos dados às crianças não vão influenciar em decisões futuras da família e no próprio adulto que foi diagnosticado na infância. O efeito de arco ocorre porque as atitudes das pessoas ao redor da criança se modificam em função do diagnóstico e das características atribuídas à doença, e a própria criança passa a se ver de forma diferente (Brzozowski; Brzozowski; Caponi, 2010).

Examinar o modo como se descrevem as modalidades patológicas da experiência subjetiva ilumina, portanto, não só o interior do campo psiquiátrico, mas também o universo social de que ele faz parte. E afirma Bezerra (2014):

O DSM III e seus sucessores tem sido apontados como o fator decisivo na configuração do cenário psiquiátrico atual, marcado pela expansão crescente de diagnósticos e patologização da vida cotidiana, pelo predomínio do paradigma biológico ou cognitivista em detrimento de concepções psicodinâmicas, psicossociais ou humanistas, pela subordinação da prática clínica aos ditames da indústria farmacêutica, pela infiltração do vocabulário psicopatológico nos processos de construção de identidades culturais, pela evacuação das noções de sujeito e inconsciente do raciocínio clínico, e assim por diante (pg. 15).

A construção do DSM 5, publicado em 2013, ocorreu em meio a uma enorme polêmica quanto às diretrizes que o norteavam. As críticas mais taxativas dirigidas ao processo vieram de Allen Frances, o responsável pela elaboração do DSM IV, em 1994, com forte vinculação de suas opiniões dentro e fora do campo psiquiátrico. Pouco tempo depois da publicação do DSM 5, a direção do *National Institute of Mental Health* (NIMH) – maior organização de pesquisa e tratamento de transtornos mentais do mundo -, baseada numa análise que apontava o esgotamento deste modelo diagnóstico, decidiu substituí-lo como instrumento orientador de suas pesquisas, utilizando em seu lugar o *Research Domain Criteria* (RDoC)⁵. E assim, a tradição inaugurada pelo DSM III enfrenta hoje pelo menos duas linhas de crítica que tendem a crescer: de um lado está o NIMH, que aposta na radicalização do projeto reducionista, visando encontrar substratos biológicos para aprofundar uma nosografia psiquiátrica plenamente científica; de outro, as perspectivas fenomenológicas, psicodinâmicas e aquelas baseadas nas narrativas que,

embora situadas na periferia do campo, insistem em afirmar o caráter singular do empreendimento psiquiátrico e do seu objeto, advogando a adoção de métodos de investigação capazes de fazer avançar o conhecimento dos determinantes biológicos da experiência e ao mesmo tempo elucidar as dimensões da experiência subjetiva irredutíveis a eles (Bezerra, 2014, p. 28).

⁵ O RDoC se baseia em 3 premissas: Os transtornos mentais são transtornos cerebrais, mais especificamente de circuitos cerebrais; A disfunção dos circuitos cerebrais pode ser identificada com as ferramentas das neurociências clínicas; os dados genéticos e das neurociências clínicas fornecerão bioassinaturas para sinais e sintomas cujo manejo clínico seria mais preciso. Tal sistema classificatório vem sendo desenvolvido desde 2009 (<https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc>).

Pesquisadores de diferentes países do mundo – como Philippe Pignarre⁶, Élisabeth Roudinesco⁷, Ian Hacking⁸ e Horwitz⁹ – junto a grupos internacionais – como *Stop DSM*, o coletivo francês denominado *Pas de Zero de Conduite*, o Fórum sobre Medicalização ou a Abrasme – apresentaram sólidas objeções a este modelo de identificação precoce de diagnósticos. Diversas vozes assinalaram a fragilidade da classificação diagnóstica hegemônica (o DSM) e mostraram o risco implicado em uma terapêutica farmacológica com efeitos colaterais graves para doenças psiquiátricas da infância, como Peter Breggin¹⁰, Allen Frances¹¹, Robert Whitaker¹² e Paulo Amarante¹³. É nessa mesma direção que se desenvolve o trabalho de Berlinguer, ainda que sem mencionar especificamente o DSM ou a psiquiatrização da infância, quando afirma que: “as condições de vida, se são incompatíveis com a saúde podem ser mudadas, é necessário lutar como indivíduos para efetivar essas mudanças” (Berlinguer, 1994, p. 128).

No caminho do aprofundamento das críticas “existenciais/humanistas” aos diagnósticos psiquiátricos e mais especificamente à clínica com crianças, faz-se necessário o entendimento das diferentes formas e experiências da saúde e doença. E, para tanto, utilizarei no próximo capítulo autores da sociologia e da antropologia. Ao longo das últimas décadas em nosso país, posteriores à institucionalização da reforma psiquiátrica brasileira como política de Estado, vemos uma abertura cada vez maior da psiquiatria em relação às produções sociais em torno da saúde mental. Temas com ênfase nas questões da cidadania, da inserção social e da singularidade vêm ganhando destaque (Carvalho, 2014).

No cerne das discussões na interface entre a psiquiatria e a antropologia médica/da saúde estão as diferentes experiências de saúde e doença. Sabemos que a saúde e a doença como objetos da reflexão socioantropológica têm uma longa história, já que em todas as sociedades e em todos os tempos se estabelecem fronteiras classificatórias entre a “saúde”

⁶ PIGNARRE, Philippe. *Les malheurs des psys: psychotropes et médicalisation du social*. Paris: La Découverte, 2006.

⁷ ROUDINESCO, Élisabeth. *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós, 2013.

⁸ HACKING, Ian. Making up people. *London Review of Books*, London, v. 28, n. 16, p. 23-26, 2006.

HACKING, Ian. Lost in the forest. *London Review of Books*, London, v. 35, n. 15, p. 7-9, 2013.

⁹ HORWITZ, Allan. *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press, 2002.

¹⁰ BREGGIN, Peter. Rational principles of psychopharmacology for therapists, healthcare providers and clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Berlin, n. 46, p. 1-13, 2016.

¹¹ FRANCES, Allen. Opening Pandoras Box: the 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatric Times*, Cranbury, v. 1, n. 1, 2010.

¹² WHITAKER, Robert. *Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitán Swing, 2015.

¹³ AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007;

AMARANTE, Paulo. Saúde mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

e a “doença”, que demarcam de diferentes formas o estado de alterações, aflições e perturbações em relação ao sistema de normas sociais identificado com a saúde. A antropologia da saúde e da doença, assim, pensa as alterações nos estados mentais e corporais e as formas de cuidado em sua articulação com os sistemas simbólicos nos quais se constituem e são nomeados como experiências sociais, configurando um campo clássico de estudos dentro da disciplina (Fleischer; Ferreira, 2014). Pensando além das diferentes experiências de saúde e doença nas diferentes formas de cuidado, trago também no próximo capítulo contribuições a esse tema.

3. CONTRIBUIÇÕES FILOSÓFICAS E SOCIOANTROPOLÓGICAS

3.1. Ao tema da saúde e da doença

Após discorrer acerca dos diagnósticos psiquiátricos infantis sob a égide do discurso médico-científico (mais frequentemente reproduzido nas classes média e alta da sociedade brasileira) e analisar seus contrapontos, inicio a abordagem teórica da existência de diferentes visões de mundo que reverberam em diferentes experiências de saúde e doença. Para o embasamento teórico da discussão, parto de Luc Boltanski, “As Classes Sociais e o Corpo” (1989). Luís Fernando Dias Duarte (1986; 1987; 1993; 1994) é, sem dúvida, o autor que acumula a maior quantidade de reflexões sobre o tema em nosso país, em especial nos artigos: “Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras” e “Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença”. Maria Lucia da Silveira (2000) também dialoga com esse tema, assim como Soraya Fleischer (2018). As duas últimas autoras citadas trazem visões que problematizam a divisão (ou distinção) entre a experiência dos pacientes e o saber médico, com uma nova e desafiante mudança no paradigma da biomedicina: o cuidado centrado na pessoa humana. Nesse sentido, os nervos são um idioma através do qual se fala sobre dificuldades, relações, corpo, saúde; os problemas de pressão também fazem parte dessa linguagem.

Partimos da afirmação de Luc Boltanski de que haveria dois corpos de conhecimentos autônomos e distintos, duas “medicinas” paralelas: uma medicina científica, erudita, dos médicos e dos membros das classes superiores, e uma medicina “popular”, também chamada por ele de medicina familiar moderna (Boltanski, 1989, p. 26). Assim, como as classes populares não parecem possuir nenhum meio de submeter à crítica as palavras ou os gestos do médico, acabam por abandonar seu corpo às manipulações do especialista e seu discurso (Boltanski, 1989, p. 34-35). Já nas classes superiores, em vista do alto índice de escolaridade, é possível o médico fazer-se ouvir pelo doente e este suscitar o interesse e mesmo a amizade do médico (Boltanski, 1989, p. 66).

Essa diferença ocorreria, segundo o autor, porque a escola primária imprimiria nos membros das classes populares o respeito à ciência. Esse respeito cego por algo que eles não compreendem bem torna a medicina, para eles, algo inacessível. Tal respeito se manifestará na recusa a fazer qualquer exigência, na clara consciência da sua própria

ignorância e na obediência irrestrita aos detentores aparentemente legítimos do conhecimento médico: os médicos, aos quais delegam até o direito de falar do próprio corpo e dos males que o atingem (Boltanski, 1989, p. 29). Com essa consciência infeliz e angustiada de sua ignorância e de suas falhas frente aos detentores desse conhecimento, os membros das classes populares estariam diante da doença, da medicina e dos médicos como diante de um universo estranho. Esse processo ocorre da mesma forma que a organização capitalista, preexistindo nos indivíduos e impondo-lhes sua linguagem e suas regras (Boltanski, 1989, p. 34).

Ropa e Duarte (1985) questionam a afirmativa de Boltanski de que não existiria uma medicina popular constituída enquanto um corpo autônomo e distinto de saber. Tal questionamento se baseia na impossibilidade de transpormos mecanicamente a realidade francesa (uma vez que as investigações de Boltanski se deram na França) para a realidade no Brasil. As pesquisas desse autor levaram-no a constatar que a medicina popular consistiria apenas numa “reintegração ilegítima e descontextualizada da medicina erudita” (Boltanski, 1989, p. 26), fruto da difusão da medicina científica de épocas anteriores. Ropa e Duarte (1985), por outro lado, citam uma pesquisa realizada na área de Nova Iguaçu (de set/1976 a fev/1977) por Loyola e cols., que verificaram a existência de uma medicina popular constituída enquanto “sistema paralelo de saúde”, baseada em:

um corpo de ensinamentos e práticas relativas ao organismo humano e a sua patologia, ou seja, um saber que define pautas de comportamento relativos tanto ao diagnóstico quanto à profilaxia de doenças; 2) um sistema de produção e circulação de medicamentos; 3) um público ao qual se dirige, ou seja, uma clientela (Loyola; Cols., 1984 *apud* Ropa; Duarte, 1984).

Outra objeção formulada por Ropa e Duarte à assertiva de Boltanski refere-se ao poder de penetração atribuído à ideologia dominante, pois por mais que as classes trabalhadoras sejam perpassadas pela ideologia dominante, elas guardam (mesmo que a título de resistência) manifestações culturais próprias. Em outras palavras, os discursos sobre pessoa e doença nas classes trabalhadoras não representariam uma versão empobrecida ou degradada dos modelos tradicionais ou dos modelos modernos dominantes, mas espelhariam sistemas simbólicos diferentes, articulados e complexos; ou seja, há uma “reflexividade”.

Para uma maior aproximação dos sujeitos ao sistema médico-científico, Boltanski (1989) aponta a necessidade de existência de três fatores constituintes no processo de

socialização dos sujeitos: a “reflexividade”, a “verbalização” e a “problematização”. Segundo Boltanski, o grau de reflexividade da cultura somática expressa o quanto uma pessoa é capaz de observar o próprio corpo e discriminar sensações corporais através de uma linguagem que tem riqueza suficiente para torná-las comunicáveis, e esse grau de reflexividade teria variação conforme a classe social. Ropa e Duarte (1984) discordam da possibilidade de existência de *graus* de reflexividade, pois para eles existiriam diferentes *tipos*. De qualquer modo, os autores procuram entender essa “reflexividade”, não só sob o aspecto da “cultura somática”, mas também sob o do “psiquismo”, no qual a introspecção e a interiorização são fundamentais.

Para tanto, Ropa e Duarte (1984) lançam mão de Bernstein, no livro *Classe Social, Sistemas de Linguagem e Psicoterapia*, em que observa consideráveis dificuldades nas classes populares ao tentar reproduzir um discurso sobre “suas experiências íntimas”. Segundo o autor, não possuiriam o equipamento linguístico, o vocabulário da introspecção e a linguagem das emoções que lhes seriam necessárias para “abrir-se” ao médico – nesse ponto chegamos à “verbalização” de Boltanski (1989). Para Bernstein (1980), a fala dos grupos das classes populares se caracteriza por uma redução na qualidade de advérbios e adjetivos (particularmente os que qualificam sentimentos); a organização da fala é comparativamente simples, havendo também uma restrição no uso do pronome “eu” e um aumento na frequência dos pronomes pessoais na primeira pessoa do plural (Bernstein, 1980 *apud* Ropa; Duarte, 1984).

A terceira e última característica cultural que tenderia a afastar os membros das classes populares do sistema simbólico médico-científico diz respeito ao fenômeno da “problematização”. Segundo Boltanski (1989), tais sujeitos não pareceriam possuir o que habitualmente se chama de “espírito crítico”, já que essa disposição mental estaria longe de ser repartida igualmente entre todos, sendo uma disposição adquirida como resultado da ação formadora da escola (Boltanski, 1989, p. 65).

Se o desamparo dos membros das classes populares diante da doença não tem equivalente nas classes superiores, isso acontece porque esses últimos podem apreciar o homem atrás do profissional, sua competência e valor. Dessa forma, os membros das classes populares, incapazes de emitir um discurso que reproduza o do médico, constroem suas representações da doença. Essa “reflexividade” deve coincidir aos termos com categorias cuja manipulação lhes seja familiar. É possível observar que, enquanto as classes mais favorecidas são capazes de produzir um discurso sobre sua doença no qual essa possui uma história (começo, evolução, fim, causa e consequência), nas classes

trabalhadoras essa noção histórica e genética parece não existir. A doença poderá ser lida segundo um modelo de temporalidade e de causalidade não-linear, não compatível com a ideia de desenvolvimento e de “problematização”.

Para Boltanski, a maneira mais precisa para verificar a relação das classes populares ou a faixa inferior das classes médias frente às doenças residiria no estudo das mães pertencentes a essas classes (Boltanski, 1984, p. 17). Será que essas mães, diferentemente dos segmentos portadores dos saberes biomédicos eruditos, dominantes e oficiais, sentem decepção diante desses diagnósticos? Entende-se que dependendo da classe social existem diferentes representações culturais, diferentes formas de saúde-doença, diferentes relações e interações com a medicina, diferentes símbolos, linguagens, “reflexividades” e problematizações. Interessante notar que os diagnósticos psiquiátricos, principalmente aqueles atribuídos às crianças, nas classes sociais populares, podem ter um caráter diferente de decepcionante e discriminatório. Diante do estigma da doença mental e sua carreira moral (Goffman, 1988), é possível que nas classes trabalhadoras tenhamos prestígio, não fracasso.

Goffman (1988) traz em seu livro a origem da palavra estigma, que para os gregos se referia a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava (Goffman, 1988, p. 11). O termo estigma será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, sendo necessária uma linguagem de relações e não de atributos: “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso”; ou seja, é definido dentro da relação social (Goffman, 1988, p. 13). Goffman descreve as mesmas características sociológicas em todos os exemplos de estigma, incluindo os que os gregos tinham em mente: um indivíduo que possui um traço que atrai a atenção e afasta aqueles que ele encontra poderia ter sido recebido facilmente na relação social cotidiana, no entanto tal traço acaba por destruir a possibilidade de que outros de seus atributos recebam atenção. Goffman acredita que construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a inferioridade da pessoa e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social (Goffman, 1988, p. 14-15).

No que diz respeito à faixa infantojuvenil, em recente trabalho publicado no livro *Infâncias do Sul Global* organizado por Lúcia Rabelo de Castro em 2021, a autora Savegnago B.D.O. relata um estudo qualitativo com 51 jovens entre 14 e 16 anos pertencentes a classes populares, a maioria de baixa renda, moradores de favelas na zona

central do Rio de Janeiro, distribuídos entre duas escolas municipais. Eles falam de suas vidas em um contexto de precariedade, incertezas e falta de garantias, em que tudo parece fortuito, o que dificulta qualquer relação entre o hoje e o amanhã. Foi possível visualizar no estudo uma forma do jovem agir e se colocar diante do mundo que não passa necessariamente por uma preparação para a inserção na vida produtiva. Com a dificuldade em realizar um planejamento do percurso biográfico a longo prazo, há um deslocamento da noção de “projeto de vida” para a noção de “oportunidades de vida”, que se relaciona com vivências mais caracterizadas pela fluidez, criatividade, tentativa e improvisado (Savegnago, 2021, p. 362).

Nesse sentido, talvez os diagnósticos psiquiátricos infantis inseridos numa população com aspectos semelhantes aos do estudo citado possam ser pensados por aqueles que cuidam como uma “oportunidade”, transitória, o que destoaria possivelmente de uma carreira moral, já que o conceito de “projeto de vida” e, portanto, de carreira parece inexistir. Seria a “oportunidade” de um melhor projeto escolar, da presença de uma equipe que ofereça atendimentos psicológico, fonoaudiológico e psicopedagógico, além de passagens e da inclusão pela Lei Orgânica de Assistência Social (Loas).

Essas características culturais acima percorridas através das categorias das “reflexividades”, da “verbalização”, e da “problematização” que tornariam os sujeitos congruentes com o modelo médico-científico também explicariam a aproximação ao modelo psiquiátrico-psicologizante. Nas obras de Louis Dumont e Michel Foucault, encontramos respectivamente as ideias de que a intimização, interiorização psicológica, autoexame e privação dos sentimentos seriam vertentes de um mesmo processo de difusão do individualismo ou de uma estratégia disciplinar, cujo destino principal estaria nas camadas média e alta da sociedade moderna (Ropa; Duarte, 1984).

Jurandir Freire Costa demonstra bem a formação pela higiene desta “alma psicológica” entre as famílias de elite no Brasil: “a atenção atomizada, focalizada na vigilância adequada de cada pessoa faz crescer geometricamente o valor do indivíduo e de sua história físico-emocional” (Costa, 2004, p. 14). Assim, todo o código linguístico contido na versão psiquiátrica ou psicológica da vida seria mais facilmente absorvido pelas classes média e alta da sociedade porque seria congruente com o modo desses sujeitos pensarem a si mesmos: uma versão individualizante absorvida por sujeitos individualizados. Ou seja, haveria uma afinidade eletiva entre o modelo psicológico/psiquiátrico/psicanalítico e o que a eles preexistia, isto é, a constituição do

indivíduo, produto do processo histórico de mecanismos que impõem uma concepção intimista e privatizada da subjetividade (Duarte; Ropa, 1984).

A questão do atendimento psiquiátrico a populações de baixa renda começou a ser debatida por diversos setores da área de saúde mental no Brasil na década de 1970. O principal expoente desse debate foi Luís Fernando Dias Duarte que, ao realizar uma pesquisa de campo num bairro de classe trabalhadora urbana em Niterói, delimitou a chamada doença dos nervos (Duarte, 1986).

Nerves para os de língua inglesa, *nervios* entre os hispânicos, *névra* entre gregos: são algumas das denominações sob as quais é encontrado o fenômeno, que tem sido observado em vários contextos socioculturais no mundo. As especificidades de sua apresentação e de seus significados são moduladas pela cultura, o que lhes confere o caráter de sintomas interpretados culturalmente (Silveira, 2000). Nervos pode ser descrito como um conjunto mutável, ocasional e intermitente de sintomas psicológicos e/ou somáticos, mediadores entre o sujeito sofredor e o seu meio, constituindo uma expressão de estresse social (Guarnaccia; Farias, 1988 *apud* Silveira, 2000). Esse conjunto de sinais e sintomas de aparência grosseira, irregular, polimorfa e imprevisível pode afetar praticamente todo o corpo, incluindo as funções orgânicas e as mentais, indo desde a ansiedade ou um mal-estar indefinido até crises convulsivas, catatonia ou catalepsia, passando por formas variadas de agressividade ou apatia (Silveira, 2000).

Trata-se de um fenômeno que apresenta várias significações e interpretações, assim como pode ser referido como uma forma de expressão para cansaço, fraqueza, irritabilidade, tremores, conflitos conjugais e sociais, cefaleias, ira, ressentimentos, infecção parasitária, aflições, privações afetivas ou materiais, e mesmo fome. A etiologia de tal fenômeno liga-se principalmente a fatores socio relacionais. Para Duarte, constituem uma perturbação, e ele propõe a hipótese de que há:

uma correlação real (...) entre o sistema nervoso, o acervo vastíssimo das expressões físico-morais da perturbação humana (...) e uma doença ou conjunto de doenças que permite que se chegue a operar com a hipótese da universalidade do fenômeno, ainda que seja para negá-la ou infirmá-la paulatinamente (Duarte, 1993, p. 50-51).

Porém, a experiência dos pacientes com o sofrimento dos nervos é tanto física quanto mental, porque, tal como assinala Costa:

da experiência de vida, [o paciente] guarda o hábito de oferecer, em primeiro plano, o corpo como instrumento privilegiado de comunicação de conflitos de

seu mundo afetivo. Mas, também é mental, e sua expectativa é a de ser reconhecido e seu sofrimento tratado, tanto como um problema físico quanto afetivo (Costa, 1989, p. 34).

Ainda em relação a esse tema, Maria Lúcia da Silveira publicou no ano 2000 o livro *O nervo fala, o nervo cala: a linguagem da doença*, no qual apresenta os resultados de sua pesquisa de campo sobre nervos e mulheres realizada no Campeche, localidade ao sul da ilha de Santa Catarina, no final de 1995 e início de 1996. Silveira (2000) aborda a questão dos nervos partindo de um tripé interpretativo e entendendo que “nervos” fala não só de sentimentos pessoais, mas de diversos aspectos da vida, de conflitos sociais, de papéis relacionados ao gênero, de desviantes, da ideologia e da prática médica. Esse tripé trata os nervos primeiramente como um recurso das mulheres, pois embora algumas de suas manifestações possam ser aceitas nos homens como parte de seu temperamento, nas mulheres constituem a expressão da perda de controle sobre si mesmas e, então, uma resposta desviante. Depois, os entende como linguagem social e como ato ou cena de um drama social. E, finalmente, como forma dissimulada de exercer violência. Esse tripé interpretativo permite que se perceba o caráter variável e contraditório dos nervos como clichê ou como drama individual e/ou social (Silveira, 2000).

Nesse mesmo caminho há a pesquisa de Soraya Fleischer, publicada no livro *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão* em 2018, que traz a narrativa sentida de pessoas moradoras de Guariroba (Ceilândia, Distrito Federal), sobre seus “problemas de pressão” e “seus dilemas diários da convivência com eles”. Percebendo a feminização da patologia, a autora chama a hipertensão arterial de “Ela” e assim a doença biomédica é moralizada. A pressão arterial alta é percebida, metaforicamente, como uma “mulher descontrolada” e lhe são atribuídos simbolicamente todos os estigmas e imagens pejorativas de um corpo feminino fora de controle. “Ela” (a pressão arterial) é contrariada, impulsiva e temperamental, e por isso as intervenções médicas e hegemônicas são justificadas para controlar e dominar esse corpo feminino problemático numa sociedade machista. Fica clara nesse trabalho a complexidade do comportamento humano que emerge nas entrelinhas do discurso, nos gestos e nas insinuações não ditas, nos sonhos e nas visualizações imaginárias, nas nuances de interações interpessoais, nas regras, políticas e leis do Estado, na organização e violência estrutural das instituições e nas performances de poder das autoridades, e todos esses aspectos vão ser determinantes para as experiências de adoecimento (Fleischer, 2018).

No artigo de Emílio Nolasco Carvalho “A malha nervosa da reforma psiquiátrica no Brasil: limites e impasses do atendimento aos grupos populares urbanos”, o autor problematiza, a partir de um estudo etnográfico na periferia do Rio de Janeiro, os limites e impasses da operacionalização de valores como a “liberdade”, “igualdade” e “diferença” nos novos serviços de saúde mental, especificamente no que se refere aos embates cotidianos com outros regimes culturais que persistiram historicamente nas margens dos processos de modernização. Carvalho (2014) desenvolveu uma pesquisa empírica durante oito meses de observação participante no cotidiano do CAPS no território de Santa Cruz (bairro do município do Rio de Janeiro), com análise de documentos referentes ao equipamento e ao território abordado e com a realização de 58 entrevistas a usuários, ex-usuários, familiares, funcionários de nível médio e profissionais de nível superior. Como resultado dessa pesquisa, o autor salienta que a questão da democratização do CAPS não pode ser reduzida a uma luta contra os vícios institucionais e manicomiais, mas deve ser entendida mais amplamente no contexto dos nossos esforços históricos de civilizar o povo – esforços esses que têm sido mais eficientes em desqualificar esse povo. Além disso, enquanto para muitos profissionais de saúde a força dos nervos é uma questão reduzida à dimensão metafórica e a um corpo e uma saúde-doença já distanciada das relações sociais e morais, para a maior parte dos usuários, familiares e funcionários entrevistados, a força dos nervos é uma questão de poder visceralmente ligada ao corpo, aos eventos cotidianos, ao prestígio pessoal nas redes de sociabilidade e aos valores religiosos (Carvalho, 2014).

Esses três trabalhos acima referidos são de suma importância para o entendimento do sofrimento psíquico vivenciado pelas classes populares, que claramente são dotadas de sistema simbólico e código linguístico próprio e distinto das classes média e alta. Para Boltanski (1989), nas sociedades de classes, a cultura dominante foi invadida pela dominante através das reinterpretações que os membros das classes populares fazem dos itens culturais da classe dominante, com possibilidades criativas, e assim a hipertensão arterial, como no trabalho da Dra. Soraya Fleischer, vira “Ela”.

Importante salientar que o sistema simbólico oferece ao sujeito que o adote uma perspectiva coerente para a apreensão subjetiva dos diferentes estados, vivências e fases de sua biografia. Tal sistema fornece ao indivíduo um ponto de vista capaz de dotar o mundo e sua experiência pessoal, mesmo a mais incongruente, de sentido e lógica. Peter Berger, em *A construção social da realidade*, de 1973, define o sistema simbólico como “a matriz de todos os significados socialmente objetivados e subjetivamente reais”

(Berger, 1973 *apud* Ropa; Duarte, 1984, p. 183). No entanto, em sociedades modernas e complexas, o indivíduo se depara com uma grande variedade de sistemas simbólicos, de modo que coexistem lado a lado diferentes visões de mundo, às vezes conflitantes ou até mutuamente excludentes. Para conseguir se situar face a esta multiplicidade de visões de mundo, ou melhor, para escapar à desorientação, é necessária a vinculação do indivíduo a um desses sistemas, tomando-o como ponto de referência para si mesmo (Ropa; Duarte, 1984).

Para o maior aprofundamento neste modelo simbólico psiquiátrico-psicológico é recomendada a compreensão da oposição “holismo *versus* individualismo”. São “holistas” as visões de mundo que, organizadas segundo o princípio da hierarquia, partem da totalidade para a demarcação das partes, o que corresponde à forma ideológica hegemônica em todas as sociedades ditas “tradicionais” (Dumont, 1972). No entanto, há que se diferenciar o holismo na saúde, da saúde holística.

Chamo holismo na saúde um modelo de experiência da saúde e da doença, no qual, divergindo da medicina erudita, dominante e oficial, as representações não estão centradas no indivíduo, mas sim na “pessoa”, e, dessa forma, apresentam dimensões hierárquicas e relacionais que se opõem ao modelo centrado no indivíduo. Parto, portanto, da hipótese de uma diferença cultural fundamental entre os modelos relacionais de “pessoa”, observados nas classes populares das sociedades nacionais modernas, e o modelo do “indivíduo” ocidental moderno, pensado como livre, autônomo e igual (Duarte, 2002).

Nesse caso, faz-se necessária a compreensão de indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença (Duarte, 2002). Duarte, em seu texto, cita um dos expoentes da antropologia social britânica, Radcliffe-Brown, que expôs com muita nitidez a forma mais simples da oposição entre as categorias “pessoa” e “indivíduo” em um artigo de 1940 sobre estrutura social:

Todo ser humano vivendo em sociedade tem dois aspectos; ele é indivíduo, mas também pessoa. Como indivíduo, ele é um organismo biológico, um conjunto muito vasto de moléculas organizadas em uma estrutura complexa em que se manifestam, enquanto ele persiste, ações e reações fisiológicas e psicológicas, processos e mudanças. O ser humano como pessoa é um complexo de relações sociais (Radcliffe-Brown, 1973 *apud* Duarte, 2002).

Nessa fórmula, o autor pensa no indivíduo como mero substrato concreto para a imposição do estatuto social (Duarte, 2002 *apud* Duarte, 1986), ou seja, ele se apresenta

apenas em uma condição de instância infrassocial. Já “pessoa” designaria uma unidade socialmente investida de significação. A partir dos anos 1960, Louis Dumont, dedicado ao estudo da sociedade indiana, irá acrescentar a esta fórmula alguns pontos importantes ao modelo moderno do “indivíduo” – com sua aspiração a liberdade, igualdade, autonomia, autodeterminação e singularidade – sendo, portanto, hipersocial (Dumont, 1972; 1986). Enquanto isso, Dumont buscou elaborar uma teoria da “hierarquia”, que é um princípio que estrutura os sistemas sociais e as visões de mundo nos quais predominam representações de “pessoa”. Esses sistemas foram chamados por ele de “holistas” (ou seja, relativos à totalidade), já que há neles um maior enfoque dado à conexão entre a existência de conhecimentos, princípios e ideais de origem, marcados por um caráter totalizante.

Esse autor, atento para a possibilidade de haver qualquer confusão do seu método analítico com a oposição de senso comum entre “tradição” e “modernidade”, discorreu sobre o assunto. Embora os sistemas dito “tradicionais” sejam, de fato, caracterizados pelo predomínio do holismo e da hierarquia, e o sistema dito “moderno” pela preponderância do individualismo, a proposta de uma conceptualização analítica mais aprofundada permite perceber tensões internas em cada sistema concreto, decorrentes da dinâmica complexa do princípio da hierarquia em confronto com tendências ou forças sociais individualizantes (Dumont, 1972; 1985).

Um dos pontos mais relevantes da proposta de Dumont é a ausência do desenvolvimento de uma sequência na oposição entre os dois termos em questão (tradição e modernidade). De acordo com o escritor, todas as sociedades são essencialmente holísticas, uma vez que necessitam de uma base de sentido, uma origem, e devem se apoiar em alguma forma de organização social efetiva (Dumont, 1972; 1985). As sociedades influenciadas pela ideologia individualista buscam uma forma de superar ou inverter esse padrão universal. No entanto, apesar de essa pretensão ser extremamente relevante, tanto em termos simbólicos quanto políticos, ela não altera as condições mencionadas, apenas as atualiza de forma paradoxal, afirmando como valor totalizante a negação e recusa da totalidade e construindo sua dinâmica na relação entre indivíduos que desejam ser autônomos, independentes e originais.

A saúde holística e o autocuidado, por sua vez, são movimentos de uma nova consciência de saúde, com definições e soluções para problemas relacionados à saúde. Fazem parte do que Costa (2005) definiu como cultura somática. O salutarismo (*healthism*) é característico dessa nova consciência em saúde e seus movimentos, segundo

Robert Crawford (2019). Trata-se de uma forma de medicalização, já que mantém conceitos-chave da medicina ortodoxa. Tanto o salutarismo quanto a medicina colocam o problema da saúde e da doença no nível do indivíduo e as soluções são elaboradas no plano individual. A importância da saúde se torna um valor extraordinário, uma representação de tudo o que é benéfico em nossa existência. Esses ditos entusiastas da saúde, que advogam estilos de vida saudável, parecem ser majoritariamente da classe média.

Dentro do debate entre tradição e modernidade, os críticos desta última sustentam que o processo de globalização econômica enfraqueceu as tradicionais instâncias doadoras de identidade, tais como a família, a religião, o trabalho e a ideia de bem comum (Costa, 2005). E assim, o indivíduo, liberado da pressão normativa dessas instituições, viu-se levado a basear o sentimento de identidade em dois principais suportes: o narcisismo e o hedonismo. Costa (2005) utiliza o termo narcisismo nesse texto como uma vertente do individualismo contemporâneo particularmente insensível a compromissos com ideais de conduta coletivamente orientados. Basear a identidade no narcisismo é o mesmo que dizer que o ser humano é o ponto de partida e o destino do cuidado.

Costa (2005) argumenta que ainda é possível percebermos a força normativa das instâncias tradicionais, mesmo que tenham deixado de agir institucionalmente, por meio de regras universais e impessoais, e agora sejam ativadas caso a caso. Em contrapartida, o lugar do universal, do incontestável, passou a ser ocupado pelo mito cientificista. As formas de vida, que antes eram ditadas por valores religiosos, éticos ou políticos, passaram a ser legitimadas no campo do debate científico. O que era avaliado por critérios que estavam ligados aos ideais morais passou a ser analisado por métodos de controle e validação experimentais.

Costa (2005) afirma que a renaturalização das ações humanas, no entanto, não descarta os valores antigos, mas, na verdade, os transforma no triunfalismo científico. O cuidado de si que antes se concentrava no aprimoramento da alma, dos sentimentos ou das virtudes éticas agora se concentra na longevidade, na saúde e na beleza. Foi criado um novo conceito de identidade, a bioidentidade, e uma nova abordagem de cuidados pessoais, a bioascese, na qual *fitness* é a principal virtude. Crenças religiosas, políticas, sociais e outras são admitidas, desde que se afinem com os cânones da qualidade de vida. O justo é o saudável; o reto é o que se adapta ao programa de vida bem-sucedida, do ponto de vista biológico. A bioética, em vez da ética política-religiosa, se tornou o equivalente moral do ideal natural de qualidade de vida. Costa (2005) defende que nos tornamos

politeístas tolerantes, sexualmente liberados e complacentes com pequenas transgressões morais, desde que nada disso desequilibre nossa glicemia.

Crowford (2019) sublinha que, para o salutarista, a solução está na capacidade do indivíduo de resistir à cultura, à propaganda, aos constrangimentos institucionais e ambientais, aos agentes de doenças ou, simplesmente, aos hábitos pessoais preguiçosos. Em essência, então, a causa fica ao alcance individual, e a solução é criada dentro do mesmo espaço estreito. Certamente não é para todos. As lutas das classes trabalhadoras por melhores condições de trabalho e a abolição do trabalho infantil historicamente têm tido a saúde como foco e, embora nas últimas décadas a saúde ocupacional e a segurança tenham gerado um novo interesse, a preocupação corrente com saúde pessoal parece estar presente mais na classe média, embora não exclusivamente. Isso é particularmente verdadeiro em dois novos movimentos de saúde, os quais receberam considerável atenção popular: saúde holística e autocuidado (Crowford, 2019).

O movimento de saúde holística inclui uma variedade crescente de profissionais não alopáticos, seus clientes e um grande número de seguidores, os quais têm adotado diversos dos princípios da vida saudável. Alguns dos métodos de saúde utilizados são: terapias de redução de estresse como meditação e *biofeedback*; terapias de polarização para “equilíbrio da energia vital”; iridologia (interpretação da íris); imaginação guiada; terapias nutricionais; terapias de movimento ou dança; *rolfing* (técnica para reordenar o corpo); massagens e vários métodos de saúde emprestados da naturopatia, da homeopatia, de tradições nativo-americanas e de tradições orientais. Os curadores holísticos se definem como tratando a pessoa e não a doença, já que consideram tratar o indivíduo como um todo, em suas questões físicas, emocionais, mentais e espirituais.

A saúde holística, os movimentos de autocuidado e a ajuda mútua se apresentam como um conjunto espelhado, no que se refere ao olhar sobre a saúde e a doença. Diferentemente da saúde holística, os movimentos de autocuidado e de ajuda mútua dão pequena atenção ao desenvolvimento de métodos alternativos de cura ou de novos curadores profissionais, mas, de forma semelhante, esses movimentos frequentemente desafiam a medicina profissional, procurando diminuir a confiança dos sujeitos nos profissionais de saúde e substituí-los por atividades individuais e coletivas com o objetivo de aprimorar a saúde para lidar com doenças crônicas e desenvolver habilidades diagnósticas, terapêuticas e preventivas. O autocuidado é mais orientado para transferir a competência médica para o indivíduo. Como definido por Levin, um dos seus maiores proponentes, autocuidado é “um processo pelo qual um leigo pode atuar em seu próprio

favor na promoção de saúde, na prevenção e detecção da doença e no tratamento no nível do recurso primário de saúde no sistema de saúde” (Levin, 1976 *apud* Crowford, 2019, p. 104). A ajuda mútua faz muitas das mesmas coisas, mas em grupos. Ela desenvolve-se a partir de uma tradição de autoajuda. Em muitos exemplos concretos, no entanto, ajuda mútua e autocuidado tornam-se quase indistinguíveis.

O autocuidado visa a reduzir a dependência de médicos e outros profissionais da área de saúde, melhorar a auto competência e, na forma de reuniões de autoajuda, estimular ajuda e apoio mútuos. Pelo menos, no último caso, a ajuda mútua é um passo importante para voltar a integrar a experiência da doença em um contexto social significativo. Ao reconhecer a solidão da dor, da invalidez e da morte, os grupos de ajuda mútua fornecem uma alternativa viável às isoladoras experiências médicas (Crowford, 2019).

E assim, o entusiasmo das classes médias com a saúde holística pode ser entendido, em grande parte, como uma resposta à alienação experimentada no encontro médico. A concepção holística rejeita a destruição médica da interpretação fundamentada socialmente e, em vez disso, oferece um entendimento abertamente experimental da doença. Substitui o mundo estéril dos fatos biológicos por um sistema moral facilmente compreendido: um sistema de atitudes e comportamentos corretos, no qual “a conexão entre nós e nossa experiência” é explicitada. Nesse processo, o significado social é reconstituído (Crowford, 2019, p. 109).

No entanto, a saúde holística está envolvida pela ideologia do salutarismo. Sendo assim, mesmo que as pessoas por inteiro e suas experiências despertassem a atenção e a múltipla causalidade substituísse a teoria médica de etiologia específica; mesmo que o dualismo corpo-mente fosse renunciado, abrindo caminho para concepções mais amplas e modificações significativas; mesmo assim o problema estaria na formulação salutarista, que situa o problema no nível individual da mente e do corpo. Como ideologia ligada à definição médica do problema de saúde e doença, na qual o indivíduo é o *locus* da percepção e intervenção, no salutarismo a saúde permanece trancada em uma prisão de reducionismo, apesar de sua aparente ampliação (Crowford, 2019). O salutarismo leva as modificações das noções médicas da causalidade para uma direção única: o psicobiologismo, apontado também por Duarte (2004), referido anteriormente.

Pensar no salutarismo como uma ideologia de elevada consciência em saúde teria o benefício de promover a saúde, no entanto parece levar à ilusão de que temos controle da nossa existência “individualmente”. Entendendo o salutarismo como ideologia

dominante, este parece manter a ordem social já existente. A nova consciência de saúde (nas suas mais saudáveis manifestações), que inicialmente se mostra contrária às reivindicações e impressões medicalizadoras, na verdade, implica outro tipo de medicalização da nossa cultura, em especial, uma medicalização do entendimento do problema de saúde. Apesar de alguns dos paradigmas e práticas médicos dominantes terem sido modificados, muitas das concepções mais centrais e problemáticas da cultura dominante permanecem intocadas. E mesmo a saúde holística falando em tratar o indivíduo por inteiro, “a pessoa”, estamos diante da ideologia do individualismo.

Crowford traz o conceito de medicalização, desenvolvido inicialmente pelo sociólogo Irving Zola, podendo ser entendida como tendo dois significados amplos. O primeiro liga uma gama crescente de fenômenos sociais com a instituição da medicina. A medicalização é frequentemente descrita como uma expansão do poder médico em áreas mais amplas da vida, especialmente em relação a comportamentos desviantes, substituindo os atores religiosos e legais e seus métodos de controle social. À medida em que os médicos aumentam seu campo de atuação, os recursos sociais dedicados às atividades assumidas por eles também aumentam, tornando-os guardiães de um número cada vez maior de funções sociais que lhes conferem benefícios e penalidades, bem como privilégios e exclusões (Crowford, 2019).

O segundo significado da medicalização diz respeito à amplitude de fenômenos que são influenciados pelos conceitos de saúde e doença, muitas vezes com foco na importância desse processo para compreender o controle social do desvio. A existência social encontra-se cada vez mais limitada pela nomenclatura médica, de modo que muitos comportamentos considerados desviantes acabam sendo definidos como doença (Crowford, 2019). A proposta é de que as noções de saúde e doença na cultura ocidental contemporânea, em grande parte, mantêm um significado medicalizado em qualquer contexto (Crowford, 2019). Dessa forma, os conceitos médicos são reforçados por uma prática terapêutica que isola o indivíduo do contexto social em que a doença é adquirida.

Nessa mesma linha de raciocínio, é conveniente acompanhar uma das vertentes do INPD (já anteriormente apresentado no capítulo dedicado aos diagnósticos psiquiátricos) que diz: “Nosso Instituto será um exemplo de interação. Acho que será fundamental não só para as questões farmacológicas, como também para as intervenções sociais” (Revista Debate: Psiquiatria hoje, 2009). Assim foi inaugurado o projeto “abordagens não invasivas”, que pretende verificar o “impacto da kundalini yoga no tratamento dos transtornos mentais” (Miguel *et al.*, 2009). Psiquiatriza-se a yoga e por

meio dessas propostas são gerados dispositivos que funcionam como rolos compressores, laminando e reduzindo tudo a entidades nosológicas e seus tratamentos correspondentes. Ao se propor ultrapassar a prática orgânico-medicamentosa utilizando procedimentos como a yoga e a terapia cognitivo-comportamental, afirmando assim uma “ação multidisciplinar”, o INPD defende intervenções psicossociais, com o apoio dessas técnicas “não invasivas”. A interação psicossocial, no entanto, continua enfatizando o enfoque organicista. Apesar de se referir à interação entre organismo e ambiente através da atuação de equipes multidisciplinares, a ação psicossocial dos profissionais se limita a prevenir ou corrigir falhas no comportamento do indivíduo que seriam atribuídas a causas biológicas, sejam elas diferenças anatômicas do cérebro ou alterações genéticas. Por isso mesmo, ao lado das intervenções psicossociais, reafirma a importância do uso de fármacos. Não por acaso vários laboratórios são também financiadores dos projetos do INPD (Brzozowski; Brzozowski; Caponi, 2010).

Diferentemente do modelo de salutarismo acima descrito, Duarte (2004) defende a hipótese de que as formas de construção da pessoa nas classes populares brasileiras não obedecem aos princípios da ideologia do individualismo. O fio central da argumentação repousa justamente na demonstração do nervoso (Duarte, 1986) como “perturbação físico-moral” estruturante nesses espaços culturais, expressando uma ordem relacional e hierárquica que permanece resistente aos diversos mecanismos de indução à adoção do modelo de “indivíduo”, prevalente nos meios letrados e dominantes da nossa sociedade. A representação do nervoso popular ocuparia, de certa forma, o lugar demarcado pela concepção de um “psiquismo”, de uma interioridade psicológica, naqueles outros meios culturais. Essa hipótese se coadunava com a demonstração da afinidade entre o modelo do indivíduo moderno (como valor) e as representações psicologizadas, particularmente as da psicanálise (Velho, 1981; Figueira, 1985; Ropa; Duarte, 1985) e as novas consciências em saúde, como o salutarismo (Crowford, 2019). E, dessa forma, entendo que o holismo na saúde teria uma aproximação maior com essa concepção do “nervoso” descrita por Duarte, presente nas classes trabalhadoras urbanas ou classes populares que demonstram resistir às formas tradicionais de modernização.

Por fim, a experiência da saúde/doença interpela a integralidade da identidade pessoal, impondo, portanto, ações e reações mobilizadoras de sentido. O fato de serem elas alternativamente peregrinações, promessas, conversões e sacrifícios ou consultas, exames, operações, dietas ou transplantes, ou ainda massagens e cromoterapia, ou talvez tudo isso alternada ou concomitantemente, põe em cena horizontes de significação e

princípios de ação complexos e diferenciados que o esquema analítico da “pessoa/indivíduo” ajuda a compreender em nossa sociedade. E assim, pensando de forma otimista, parecemos caminhar para uma maior integração da saúde holística com o holismo na saúde, porque a verdadeira saúde holística exige uma sociedade holística. Nesse sentido, deve ser superada a separação ideologicamente imposta e paralisante entre ações de enfrentamento privadas, pessoais e aquelas de movimentos políticos destinados a mudar a sociedade, para que uma estratégia viável de saúde e uma sociedade viável sejam conquistadas. O salutarismo incapacita porque a capacidade humana não pode avançar apenas na esfera subjetiva.

Isso posto, fica clara a necessidade de mantermos o estudo e as pesquisas acerca da experiência saúde/doença, não só no que tange às classes populares, como também as classes média e alta da nossa sociedade. Além disso, em paralelo aos diferentes tipos de experiências saúde/doença, existem as diferentes experiências de cuidado, não só daquele que tem uma doença ou um diagnóstico, mas também daqueles que necessitam de proteção – nesse caso, as crianças.

3.2 Ao cuidado

*Pariu, cuspiu, expeliu
Um Deus, um bicho, um homem*

*Brotou alguém
Algum ninguém
O quê?
A quem?*

*Surgiu, vagiu
Sumiu, escapuliu
No som, no sonho
Somem*

*São 100, são 1000, são 100.000
1.000.000
Do mal, do bem
Lá vem um*

*Olhos vazios
De mata escura e mar azul
Ai, dói no peito
Aparição assim*

*Vai na alvorada, manhã
Sai do mamilo marrom
O leite doce, sal
Tchau mamãe
Valeu*

*Cresceu, vingou
Permaneceu, aprendeu
Nas bordas da favela*

*Mandou, julgou
Condenou, salvou
Executou, soltou
Prendeu*

*Colheu, esticou
Encolheu, matou
Furou, fudeu
Até ficar sem gosto*

*Ganhou, reganhou
Bateu, levou
Mamãe perdeu, perdeu, perdeu*

*Céu
Mar e mata
Mortos da luz desse olhar
Antes assim do que viver
Pequeno e bom*

*Não diz isso não, diz isso não
A conta é outra
Tem que dar, tem que dar
Foi mal papai
Anoiteceu*

*Brilhou, piscou
Broxou levou
Ardeu, resplandeceu
A nave da cidade*

*O sol se pôs
Depois nasceu
E nada aconteceu*

*O sol se pôs
Depois nasceu
E nada aconteceu*

*O sol se pôs
Depois nasceu
E nada aconteceu*

Caetano Veloso

O desejo de abordar teoricamente o conceito de cuidado nasceu do convívio com essas mães e avós do ambulatório objeto desta pesquisa, que inclusive motivaram e intitularam este trabalho. A definição de cuidado enquanto substantivo masculino no dicionário Aurélio da língua portuguesa é a “demonstração de atenção; em que há cautela, prudência”, “atenção maior em relação a; preocupação”. Enquanto adjetivo, refere-se a “aquilo que se pensa em excesso; ponderado; em que há primor, capricho; que foi ou tem

sido alvo de algum tipo de tratamento especial; tratado”. Como interjeição, trata-se de uma “expressão de cautela e prudência” (Aurélio, 1975, p. 409).

Em sua tese de doutorado, Helena Fietz (2020) inicia sua definição de cuidado argumentando que, em antropologia, o cuidado pode ser encarado de diversas maneiras, como apontam as antropólogas alemãs Heike Drotbohm e Erdmute Alber (2015 *apud* Fietz, 2020): como uma atividade profissional, como uma prática social, cultural e/ou emocional, a partir das normativas e expectativas de cuidado que mudam ao longo das diferentes fases da vida, e ainda enquanto um recurso emocional e social. Em sua clássica conceitualização sobre o cuidado, Berenice Fischer e Joan Tronto (1990) sugerem:

que cuidar (*caring*) seja compreendido como uma atividade da espécie (*species activity*) que inclui tudo que fazemos para manter, continuar e reparar nosso ‘mundo’ para que possamos viver nele tão bem quanto possível. Este mundo inclui nossos corpos, nós mesmos e nosso ambiente, todos os quais buscamos entrelaçar em uma complexa rede que sustenta a vida (Fischer; Tronto, 1990, p. 40).

Segundo a definição de Tronto (1998), esse cuidado não está restrito a interações humanas, pode incluir o ambiente, objetos, instituições. Também não está restrito a uma relação entre duas pessoas (tal como derivado da romantização da relação mãe e filho); é muito definido culturalmente; e, talvez o principal: cuidado não é concebido como uma simples atividade, mas como algo contínuo, em andamento, ao longo da vida, como uma prática e uma disposição (Fietz, 2016). Nesse sentido, trago para esta discussão a obra de Annemarie Mol (2002; 2008a; 2008b; 2010), que sugere uma análise do cuidado a partir de suas práticas, ou seja, em termos das interações e intervenções que suscita. Para a autora, o cuidado é uma prática que produz efeitos e que é permeada por distintas moralidades sobre o que o “bom cuidado” deve ser.

Há também, nessas reflexões sobre cuidado, uma preocupação moral na proclamação da liberdade individual enquanto expressão de autonomia, dentre o que Mol (2008) vai chamar de clichês do Ocidente, na qual a ideia de cuidado parece colidir com o ideal de escolha. A noção de sujeito ocidental e, portanto, neoliberal passa muito por ideais de autonomia e independência, como abordado no tópico anterior. É interessante pensar, aqui, no cuidado também como relacionado a tomadas de decisões – embora Mol (2008) faça uma interessante distinção entre uma lógica do cuidado e uma lógica da escolha. Enquanto uma proclamação moral de liberdade, aparece como algo indiscutivelmente positivo na nossa concepção de mundo ocidental (afinal, como sugere

Mol, quem seria contra a liberdade de escolha?), embora absolutamente ilusório, pois na prática tem implicações mais complexas do que esse enaltecimento faz parecer. Em seu livro, Mol (2008) analisa um anúncio (peça publicitária) de um medidor de glicose portátil a ser vendido para diabéticos, que mobiliza uma ideia de liberdade. Na sequência, a autora analisa as explicações de uma enfermeira que ensina uma paciente a fazer em casa a medição da glicose no sangue, furando sempre a lateral da ponta dos dedos, ao invés da própria digital. Entre essas duas situações, é possível aprofundar a distinção proposta por ela entre uma lógica de escolha (que tem seu paradigma no marketing) e uma lógica do cuidado. As escolhas são entre possibilidades oferecidas, com começos e finais relativamente definidos, enquanto o cuidado seria um processo em aberto, que seria modulado no decorrer dos seus resultados (Borba, 2019).

O cuidar e o cuidado se referem e se relacionam, portanto, a muitos fatores e a diferentes relações que estabelecemos ao longo de nossas vidas. A noção de que as práticas de cuidado são aquelas por meio das quais mantemos, continuamos e reparamos o nosso mundo é fundamental para refletirmos sobre as diferentes relações que nos atravessam. Sendo um termo polissêmico, o cuidado é abordado de diferentes maneiras por distintas correntes de pensamento com as quais a antropologia dialoga. Em sua maioria, tais correntes se originam em países anglófonos e assim utilizam o termo *care*, e se referem tanto à expressão *care about*, no sentido de preocupar-se com, ocupar-se de, quanto a *care for*, em referência ao ato de cuidar (Puig de la Bellacasa, 2017; Hirata; Guimarães, 2012 *apud* Fietz, 2020).

Para dar mais concretude analítica a uma concepção própria de cuidado enquanto prática e processo permanente (*ongoing process*), Tronto (2009) propõe, para além daquela conceitualização inicial, um esquema discreto. Ela sugere um deslocamento de ênfase na forma de conceber o cuidado, de uma dinâmica entre autonomia e dependência para uma concepção de interdependência (na linha do que já foi comentado), deslocamento esse que aponta para as relações que são estabelecidas, e que sugere uma dimensão política e moral. Ela sugere então quatro elementos constituintes (que não são princípios, mas elementos que constituem as atitudes práticas perante o outro nessas relações estabelecidas), como ponto de partida para pensar uma ética do cuidado: *caring about*, que diria respeito à percepção da necessidade de cuidado; *taking care of*, algo como assumir a responsabilidade pelo cuidado e determinar como este será dado; *care-giving*, o efetivo trabalho de cuidado que precisa ser feito; *care-receiving*, a resposta ao cuidado.

Apontando para uma maior vitalidade na lógica do cuidado, principalmente no que diz respeito ao tensionamento referente à pouca atenção dada a essa questão, tanto no plano acadêmico quanto no teórico, Judith Butler traz importantes contribuições em um plano mais filosófico, na medida em que há centralidade e importância na vida humana, já que passamos a maior parte de nossas vidas ou cuidando ou sendo cuidados. Butler (2015) ao refletir, sobre a irrefutável capacidade de generalização de condições de precariedade, observa que esta implica uma dependência de redes e condições sociais. Não se trata, para ela, da “vida como tal”, mas sempre de condições de vida implicadas nesse viver socialmente. A vida como algo que exige condições para se tornar vivível, “isto é, o fato de que a vida de alguém está sempre, de alguma forma, nas mãos do outro. [...] significa que nos são impingidas a exposição e dependência dos outros, que, em sua maioria, permanecem anônimos” (Butler, 2015, p. 31). A autora continua:

Portanto, dizer que temos “necessidades” é dizer que quem “somos” envolve uma luta constante e reiterada de dependência e separação, e não designa meramente um estágio de infância a ser superado. Não se trata somente da “própria” luta de alguém ou da luta aparente de “um outro”, mas precisamente da deiscência na base do “nós”, a condição sob a qual estamos arrebatadamente unidos: de uma maneira raivosa, desejosa, assassina e amorosa (Butler, 2015, p. 256-257).

Nossas obrigações e compromissos com a vida estão, portanto, relacionadas às condições que tornam a vida possível. Elas surgem da percepção de que não pode haver vida sustentada sem essas variáveis (mas sempre presentes) condições de sustentação, “e que essas condições são, ao mesmo tempo, nossa responsabilidade política e a matéria de nossas decisões éticas mais árduas” (Butler, 2015, p. 43).

É importante apontar que, apesar de cuidado ser um substantivo masculino, não à toa foram as pensadoras feministas desde as décadas de 1960 e 1970 que chamam a atenção para a desvalorização e generificação do trabalho do cuidado. Para essas pensadoras, pensar o cuidado requer uma reflexão sobre reprodução social para falar sobre um trabalho não-remunerado relegado ao âmbito do privado e desconsiderado dentro do sistema produtivo capitalista (Diniz, 2012; Thelen, 2015 *apud* Fietz, 2020). Nesse sentido, vale a pena recuperar inicialmente alguns investimentos teóricos que aparecem (de forma mais ou menos direta) na articulação dessa reflexão com os estudos de gênero (*care studies*). Hughes et al (2019) observam que:

as partes envolvidas em relações de cuidados são perpetuamente desvalorizadas porque o valor do cuidado é medido em função do homem adulto autônomo que não exige nem presta cuidados. Ser cuidador ou ser cuidado – homem ou mulher, deficiente ou não deficiente, em qualquer que seja a função –, é se ver aquém das expectativas, é ser o outro em relação ao sujeito masculino da modernidade, é ser reduzido ao “outro do mesmo” (Hughes *et al.*, 2019, p. 111).

A proposta de olhar para o cuidado de forma ampla e descentralizada das relações individuais é coerente com as proposições apresentadas pela filósofa Joan Tronto (2009), que sustenta a necessidade de trazer o cuidado para a democracia e, dessa forma, democratizá-lo. Na opinião da autora, esse processo permitiria que as sociedades democráticas compreendessem alguns princípios fundamentais, o que seria um tipo de manifesto para uma ética do cuidado. Para tanto, deveríamos partir da premissa de que somos todos naturalmente vulneráveis e necessitamos de cuidado ao longo de nossas vidas. Diante disso, torna-se imperativo aceitar a diversidade nas formas de cuidar, exigindo sempre o acesso igualitário a bons cuidados. A adoção dessa perspectiva implicaria em romper com o modelo dual de cuidado, uma vez que quanto mais pessoas/instituições forem responsáveis pelo cuidado, melhor, e, dessa forma, incluem-se nos direitos sociais as necessidades urgentes de cuidados, tirando do foco a responsabilização individual (Fazzione, 2021).

Assim, cada vez mais o tema do cuidado tem reforçado a importância de questionarmos a ideologia do sujeito neoliberal, marcada por uma noção de liberdade caracterizada por uma sensação de autonomia totalmente utópica. Ao olharmos para o cuidado, cientes de nossa vulnerabilidade, entendemos que ele não é marcado por uma lógica de dependência versus autonomia, mas sim de interdependência e reciprocidade, como sugere Joan Tronto (2009). Precisamos ser cuidados em algum momento de nossas vidas, oferecer cuidado em outras, cuidar de si sempre: sem isso não nos sustentamos, não somente enquanto indivíduos, mas igualmente enquanto sociedade. Trata-se, portanto, de uma mudança na forma de olhar para o mundo, que parte de uma nova ética e se baseia em outros princípios.

Para Maria Epele (2012), é de fundamental importância a dissolução de alguns dualismos que teriam assinalado os debates em torno do cuidado até agora. Um deles seria a oposição na qual o cuidado ganharia ora um sentido de trabalho, ora um sentido de afeto. Com base nesse dualismo, algumas análises feministas buscaram valorizar a

dimensão de trabalho implicada em todas as ações de cuidado, profissionais ou domésticas, entendendo o cuidado sempre como trabalho, o “trabalho do *care*” (Hirata; Guimarães, 2012, *apud* Fietz, 2020). Annemarie Mol (2010), entretanto, sugere que o conceito de cuidado não necessita de nenhuma destas inflexões – nem mesmo a de trabalho – para que possa ser compreendido, embora seja capaz de ganhar esses mesmos sentidos em determinadas relações. Para ela, a valoração do cuidado enquanto uma atividade central da vida humana é necessária para a compreensão de seu papel em todas as sociedades. Assim, o conceito não necessitaria de nenhuma inflexão – trabalho, amor, afeto – para que pudesse ser valorizado, bastando ser compreendido apenas enquanto cuidado.

O dualismo entre afeto e trabalho conecta-se à distinção entre razão e emoção, proposta por Carol Gilligan (1982), ao sugerir uma diferenciação entre uma “ética da justiça” e uma “ética do cuidado”. Apesar de ter pioneiramente proposto a ideia de uma “ética do cuidado”, posteriormente reforçada por Tronto e Mol, Gilligan foi criticada por dois motivos; por um lado, porque reforçou uma suposta diferenciação entre razão e emoção, já profundamente questionadas (Lutz, 1888; Coelho, 2010 *apud* Fazzione, 2021); por outro, porque tornou essenciais os papéis de gênero, argumentando que mulheres estariam supostamente mais inclinadas a uma ética com base no cuidado devido ao seu caráter mais emocional, e os homens amparados por uma ética da justiça, em razão de sua maior racionalização. Se, em certa direção, esse movimento foi importante para evidenciar o valor do cuidado na construção de uma sociedade mais solidária, em outra aprofundou a problemática cisão entre razão e emoção, ao passo que também cristalizou o lugar da mulher nas relações sociais, tomando-as como um grupo “coeso” e culturalmente homogêneo.

Guita Debert e Mariana Pulhez (2017) refletem ainda sobre um outro dualismo, no qual residiria a ideia de que a relação que se estabelece pela necessidade de cuidado seria marcada pela dependência ou pela autonomia. Contrariamente, afirmam – a partir de uma revisão da literatura sobre o tema – que, ao resumir o cuidado à existência desses dois polos, reforça-se uma ideia de dominação e maior poder por parte do cuidador, ao mesmo tempo em que perdemos de vista as noções de interdependência e reciprocidade (Tronto, 2009 *apud* Fazzione, 2021), e assim é reforçada uma ideologia do sujeito liberal ilusória, na qual supostamente poderíamos alcançar em algum momento de nossas vidas uma liberdade verdadeiramente autônoma. Tal ideia também vai ao encontro à proximidade que cuidado assume da noção de poder. De fato, as políticas públicas

voltadas ao cuidado também podem ser inteligíveis dentro daquilo que Michel Foucault (1988) sugeriu constituir o biopoder, resultando na domesticação dos corpos e na regulação das populações. Por outro lado, contudo, atentar para o aspecto repressivo dessas políticas não significa deixar de lado seus aspectos produtivos e responsivos, também presentes nas relações de poder. Nesse sentido, ao reivindicar melhorias nas políticas de saúde e assistência, expandem-se também os direitos dos cidadãos, que podem também reivindicar e propor melhorias nos processos.

Assim, as diferentes formas de expressão da identidade da mulher como mãe e principal responsável pelos cuidados com seus filhos constituem o fio condutor das situações de pesquisa que descreverei a seguir. Início pela proposta de Natalia Fazzione (2021), que em seu trabalho, realizado no Morro do Alemão (RJ), sugeriu o uso da categoria “arranjos de cuidado” enquanto solução analítica para a compreensão de situações que envolvem a experiência de mães com o cuidado. Tal categoria parece apostar na ideia de que o cuidado não pode ser entendido como uma tarefa individual e pautada em bases universais, pois quanto mais desigualdades atravessam essas práticas e quanto maior a ausência de políticas de Estado eficientes nesse sentido, mais difícil se torna arranjar o cuidado e maior a sobrecarga de trabalho e o julgamento moral que recaem sobre as mães.

Adentrando este universo do cuidado nas classes populares brasileiras, não poderia deixar de citar o livro de Claudia Fonseca (2006), autora que, instigada pelas constantes afirmações acerca de uma suposta “desorganização” das famílias de baixa renda que gera a cadeia de associações entre criança pobre, menino de rua e menor infrator (bem retrata na música de Caetano que inicia esta seção) foi a campo nos bairros populares de Porto Alegre. Assim, a autora rotulou o fenômeno da “circulação das crianças”, constatando que há um grande número de crianças que passa parte de sua infância ou juventude em casas que não as de seus genitores. Citando outros trabalhos, Fonseca (2006) observa que tal fenômeno está presente de Recife a Belém, de Salvador a Porto Alegre, e que os dados apontam uma quantidade surpreendente de famílias urbanas de baixa renda que abrigam algum filho de criação (Segato, 1986; Boyer, 1993; Campos, 1991 *apud* Fonseca, 2006). E, como não poderia deixar de ser, tal fenômeno também é encontrado no município de Duque de Caxias (RJ), como pude observar em meu trabalho de médica psiquiatra/pesquisadora nesta localidade.

No entanto, é preciso evitar o determinismo econômico, que relaciona a prática da circulação de crianças a uma “anomia”, “algum ninguém”, resultado da pobreza. Fonseca

(2006) observou que a circulação de crianças fomenta a formação de redes sociais e de redes de cuidado, fortalecendo a solidariedade do grupo familiar como um todo, assim como os “arranjos de cuidado” (Fazzione, 2021). Fonseca (2006) exemplifica que uma mulher, ao cuidar de um neto, justifica sua demanda de apoio material e de afeto aos seus próprios filhos e que, além de unir pessoas de gerações sucessivas, é capaz de se contrapor à tendência masculina de se afastar do grupo familiar, na medida em que a metade das avós cuidando de crianças estava criando os filhos do seu filho. Diferentemente das famílias de classe média centrada na unidade conjugal, nesse tipo de família cada membro do casal está envolvido em uma rede consanguínea que exige constante demonstração de solidariedade, muitas vezes em detrimento do laço conjugal: “o sangue puxa” (Fonseca, 2021). Isso posto, adentraremos agora o campo de pesquisa.

4. OS DESCABEÇADOS: ADENTRANDO O CAMPO EMPÍRICO

Neste capítulo adentramos no campo empírico, com a metodologia e a análise dos dados. Inicialmente apresento o corpus, e para melhor compreensão do território de realização da pesquisa trago uma breve descrição e histórico do município de Duque de Caxias, localizado na Baixada Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro. Em seguida, descrevo a organização territorial do atendimento infantojuvenil em saúde mental. Segue um relatório do atendimento do ambulatório em psiquiatria infantil no Hospital Infantil Ismélia da Silveira no último ano, para finalmente explorar as entrevistas e sua análise.

4.1 Metodologia

Os sujeitos de estudo foram as cuidadoras de crianças atendidas no Hospital Infantil Ismélia da Silveira, no município de Duque de Caxias, Estado do Rio de Janeiro, no início da terceira década do século XXI, mais precisamente nos primeiros cinco meses de 2023. Os instrumentos utilizados foram entrevistas semiestruturadas e abertas.

Trata-se de uma pesquisa exploratória cujo objetivo foi aproximar-se das questões a serem estudadas dentro da temática da pesquisa. Sendo assim, optou-se por uma amostra intencional, não probabilística e por tanto sem objetivo de generalização. Neste caso, não há necessidade de cálculo de tamanho da amostra, posto que estamos usando uma amostragem por tipicidade e dez pessoas típicas é um número suficiente para este objetivo. As cuidadoras foram escolhidas no ambulatório de Psiquiatria, dentre aquelas que foram agendadas para primeira consulta entre os meses de janeiro e maio de 2023. O fato destas participantes estarem na primeira consulta justifica-se pela necessidade de exclusão do estabelecimento da relação médico-paciente, pretendendo assim atingir uma maior neutralidade. Ocorreram aproximadamente duas entrevistas por mês. As notas de campo, entrevistas abertas semiestruturadas e transcrições das entrevistas foram posteriormente submetidas a análise qualitativa, utilizando como principal técnica a análise do discurso (Orlandi, 2011). Para esta, todo discurso é considerado uma construção social, que reflete uma visão de mundo que está ligada aos seus autores e à sociedade em que vivem, e, portanto, só pode ser analisado dentro do seu contexto histórico-social e das suas condições de produção. Como técnica dentro dessa proposta foi utilizada a análise temática. O conteúdo das narrativas foi dividido em temas

(categorização) que compunham núcleos de sentido e cuja presença em repetição foi avaliada para descrição, inferência, análise e interpretação dos dados.

4.2. O município de Duque de Caxias

Duque de Caxias é um município brasileiro do estado do Rio de Janeiro, integrante da Região Metropolitana e situado na Baixada Fluminense. “Fundado em 31 de dezembro de 1943, o município recebeu seu nome em homenagem a Luís Alves de Lima e Silva, o Duque de Caxias” (PMDC, 2023). “É um dos municípios mais populosos do estado, com quase um milhão de habitantes em seus 465 Km²” (PMDC, 2023). Seus limites estendem-se, atualmente, aos municípios de Miguel Pereira, Petrópolis, Magé, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Nova Iguaçu. O município é dividido em quatro distritos: Duque de Caxias (1º), Campos Elíseos (2º), Imbariê (3º) e Xerém (4º) (CMDC, 2023).

Devido à região onde o município está inserido, sua ligação com a cidade do Rio de Janeiro e com os demais municípios da Baixada Fluminense sempre foi muito próxima. O primeiro prefeito foi eleito em 1947, mesmo ano em que houve a instalação da Câmara Municipal. “O PIB per capita de Duque de Caxias é de R\$ 49,3 milhões, valor superior à média do Estado (R\$ 45,2 milhões) e da grande região do Rio de Janeiro (45,7 milhões)” (PMDC, 2023). A economia do município é diversificada, pois ele abriga diversas indústrias, refinarias de Petróleo e empresas de logística. “Destaca-se o Polo Petroquímico do Rio de Janeiro, um dos maiores complexos petroquímicos da América Latina, que desempenha um papel vital na economia da região e do país” (CMDC, 2023).

Sua história remonta ao período colonial brasileiro, quando a região era habitada por povos tupinambás. Com a colonização europeia, a área passou por mudanças significativas, incluindo a construção de fazendas e a instalação de engenhos de açúcar. Durante o século XIX, a região que hoje compreende Duque de Caxias testemunhou o crescimento do cultivo de café, que se tornou a cultura predominante no estado do Rio de Janeiro. Com a chegada da ferrovia em 1882, a área experimentou um desenvolvimento econômico significativo, pois a maior eficiência no transporte de mercadorias impulsionou a economia local. No século XX, Duque de Caxias passou por um processo de industrialização e urbanização acelerados. No entanto, seu passado latifundiário e escravagista traz profundas marcas na população dos tempos atuais, em especial nas noções de família e infância, o que veremos mais adiante.

“A instalação de refinarias de petróleo como a Refinaria Duque de Caxias (Reduc) propulsou a economia local e atraiu um grande número de trabalhadores para a região, o que levou ao aumento populacional e à expansão urbana” (PMDC, 2023). Ao longo das décadas, Duque de Caxias enfrentou desafios sociais, econômicos e de infraestrutura. A cidade tem lidado com questões relacionadas à pobreza, criminalidade e acesso a serviços públicos.

“Segundo dados do Centro de Educação a Distância do Estado do Rio de Janeiro, Duque de Caxias possui 179 escolas municipais, duas escolas federais, 88 escolas estaduais – sendo uma delas técnica – e 128 escolas particulares” (PMDC, 2023).

Duque de Caxias é um município com uma história rica e complexa, que abrange desde suas origens coloniais até sua atualidade como um centro industrial e urbano na Baixada Fluminense. “A cidade desempenhou um papel importante na história do Brasil e continua a evoluir e enfrentar desafios à medida que busca melhorar a qualidade de vida de seus habitantes e preservar sua herança cultural” (PMDC, 2023).

É neste ambiente social que se insere a presente pesquisa, que observou alguns de seus habitantes de baixa renda e baixo nível educacional.

4.3. A saúde mental infantojuvenil em Duque de Caxias

Atualmente, o atendimento de saúde mental infantojuvenil é realizado no município através de atendimento ambulatorial de Psiquiatria e Neurologia, Psicologia e Fonoaudiologia no Hospital Infantil Ismélia da Silveira (HIIS), onde preferencialmente são atendidos casos considerados leves (PMDC, 2022) em crianças de 0 a 11 anos. Como o Hospital localiza-se no 1º. Distrito, os atendimentos de Psicologia e Fonoaudiologia se dão majoritariamente a crianças moradoras desta mesma localidade. O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSIJ) se encontra hoje ao lado do HIIS e tem a proposta de se dedicar a casos considerados graves em que há questões psicossociais significativas, objetivando tratar aspectos emocionais e abordando ampla gama das funções psíquicas com uma equipe multidisciplinar. São atendidos adolescentes e crianças, de 0 a 18 anos, moradores de todo o município. São considerados casos leves, de acordo com o protocolo de saúde mental infantojuvenil (PMDC, 2022), os diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno de Conduta, incluindo o Transtorno Opositivo Desafiador, transtornos de linguagem, transtornos de aprendizado e o Retardo Mental

Leve. Na literatura, tais diagnósticos geralmente são chamados de ‘comuns’ (Transtornos Mentais Comuns ou TMC). Já os casos graves têm o Autismo e o Retardo Mental Moderado e Grave como principais diagnósticos.

O Centro de Atenção Total ao Adolescente (Ceata) se propõe a atender integralmente os adolescentes de 11 a 18 anos, nas mais diversas especialidades médicas, se dedicando à saúde mental dos casos ditos leves. Os Centros Especializados em Reabilitação (CER II e IV) se dedicam à reabilitação física e intelectual, sendo porta de entrada para crianças de 0 a 3 anos e 11 meses, com avaliação e tratamento feitos por equipe multidisciplinar (psicólogo, fonoaudiólogo, psiquiatra, neurologista, pediatra, terapeuta ocupacional, assistente social), com tratamento específico para autistas que necessitem de reabilitação, visando tratar áreas sensoriais e motoras, fala, alimentação e aspectos cognitivos e emocionais. O CER II se localiza no 1º Distrito e assim é importante se considerar a proximidade do endereço da criança ou do adolescente. Já o CER IV fica no 2º Distrito e também se dedica à reabilitação visual e auditiva. Nas Unidades Pré-Hospitalares (UPHs) é possível encontrar atendimento ambulatorial de Psicologia e Fonoaudiologia para casos leves, existindo nos bairros de Pilar, Saracuruna, Parque Equitativa, Imbariê e Xerém.

4.4 O ambulatório de Psiquiatria infantil do HHS

Como anteriormente relatado, não há um programa de saúde mental no Hospital. Os programas que contam com equipe multidisciplinar são três: Programa de Diabetes e Intolerância Alimentar (Padai), Serviço de Atendimento Ambulatorial às Doenças Sexualmente Transmissíveis (SAE-DST), Ambulatório de Apoio à Família (AAF). O Padai conta com profissionais da Pediatria, Endocrinologia Pediátrica, Psicologia, Nutrição e Gastroenterologia, com distribuição de leite. AAF atende casos de crianças com até 12 anos e 11 meses que sofreram violência física e/ou sexual e prevê atendimento com uma equipe que conta com Enfermagem, Ginecologia, Assistência Social, Psicologia e Clínica Geral. Esses casos são encaminhados por delegacias, Ministério Público, Conselho Tutelar e Assistência Social. O SAE pediátrico cuida de crianças com HIV ou quaisquer outras doenças sexualmente transmitidas e também conta com atendimento psicológico.

O Hospital Infantil tem um total de aproximadamente 40 leitos de internação, assim como a UPA Pediátrica Walter Garcia, que se localiza ao lado e funciona de forma integrada com o Hospital. O total de leitos oferecidos é de 80. O ambulatório tem inúmeras especialidades para o atendimento das crianças, um gastroenterologista, uma pneumologista, um cardiologista, uma dermatologista, um hematologista, três cirurgiões, um otorrinolaringologista, duas alergistas, dois ortopedistas, uma psiquiatra (eu), dois neurologistas, duas fonoaudiólogas e seis psicólogos. Todos esses profissionais prestam assistência na enfermaria, mediante solicitação de parecer. Ao longo deste trabalho houve uma grande circulação de neurologistas: no início havia três profissionais da área, que pediram demissão juntas no início de 2023. Com alguma dificuldade foram contratados outros dois profissionais, sendo um deles neurocirurgião. O único neurologista clínico pediu demissão em um mês de trabalho, alegando que as mães das crianças eram muito “mal-educadas”.

O Hospital Infantil Ismélia da Silveira, sendo uma unidade municipal do SUS, deveria atender apenas moradores do município de Duque de Caxias. Entretanto, o ambulatório de psiquiatria tem atendido também moradores do Município do Rio de Janeiro, São João de Meriti, Belford Roxo e outros da Baixada Fluminense, como está especificado na Tabela I. Mesmo assim, o número de atendimentos a moradores do município de Duque de Caxias é quantitativamente bem maior.

Tabela 1 - Distribuição de Frequência de Atendimentos por Município no período de outubro de 2021 a setembro de 2022

Município	N
Duque de Caxias	1736
Rio de Janeiro	102
São João de Meriti	54
Belford Roxo	42
Outros	29

(Fonte: elaboração própria a partir de dados recolhidos do sistema Gesthor.)

No levantamento que é objeto dessa pesquisa, realizado no ambulatório de psiquiatria infantil de novembro de 2021 a outubro de 2022, foram encontrados os seguintes resultados:

Tabela 2 - Frequência Mensal de Atendimentos e os de Primeira Vez

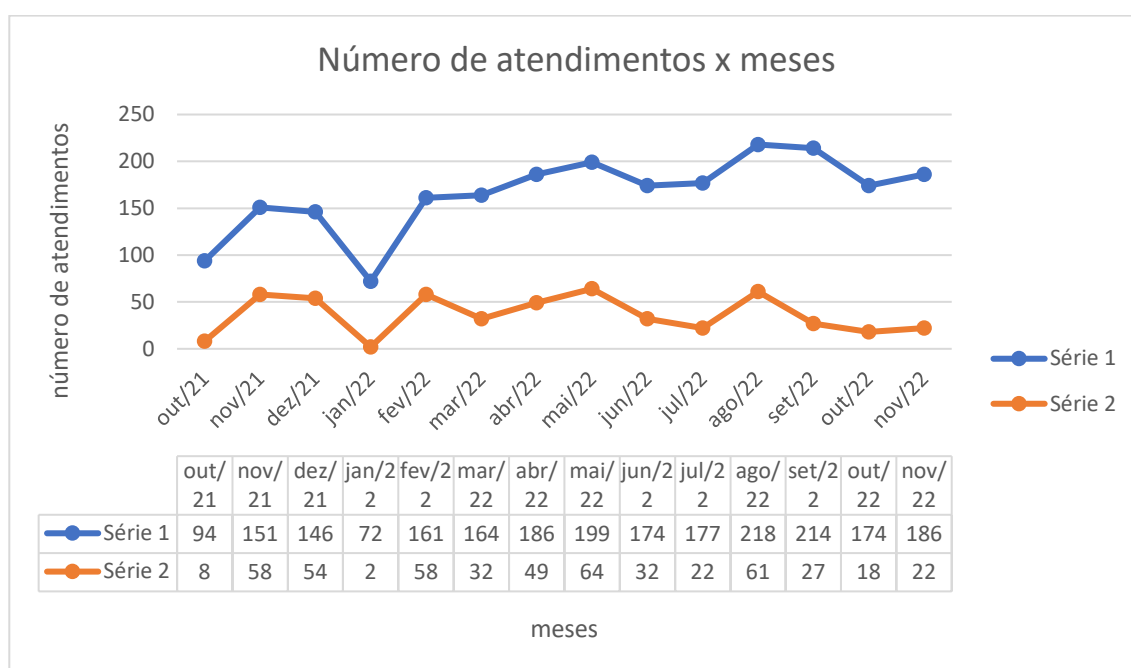
Mês/ano	Quantidade mensal de crianças atendidas	Número de atendimentos de 1º. Vez
10/2021	94	8
11/2021	151	58
12/2021	146	54
01/2022	72	2
02/2022	161	58
03/2022	164	32
04/2022	186	49
05/2022	199	64
06/2022	174	32
07/2022	177	22
08/2022	218	61
09/2022	214	27
10/2022	174	18
11/2022	186	22

(Fonte: elaboração própria a partir de dados recolhidos do sistema Gesthor.)

Neste período foram realizados um total de 2316 (dois mil trezentos e dezesseis) atendimentos, sendo destes 458 (quatrocentos e cinquenta e oito) de primeira vez. Os atendimentos ocorrem todas as quartas e sextas-feiras, sendo marcados para cada dia 30 crianças, das quais 20 são retornos e 10 são primeiras vezes. As marcações de primeiras

vezes são orientadas a serem realizadas pelo telefone, o que, segundo relatos, dificulta consideravelmente o acesso ao ambulatório, já que o telefone toca e ninguém atende. Assim, invariavelmente, essas mães “nervosas”, talvez até em certa medida “descontroladas”¹⁴, pressionadas pela escola e pelos familiares (o que veremos em detalhes nas entrevistas) batem na porta do consultório 16 (consultório da psiquiatria infantil) implorando por uma marcação ou um encaixe. É comum também recorrerem à direção do hospital para essa consulta ou a algum vereador.

Gráfico 1 - Distribuição dos Atendimentos Totais por mês (série 1) e de Atendimentos de Primeira Vez (série 2)



(Fonte: elaboração própria a partir de dados recolhidos do sistema Gesthor.)

É possível notar que o mês com menor quantidade de atendimento é janeiro, como consequência das férias escolares, o que aponta para a escola como um lugar importante para os encaminhamentos. Do total de comparecimentos foi verificado o quantitativo de crianças que vieram trazidos pela mãe, os que vieram com o pai e os que vieram acompanhados por terceiros (avós, tios, tias, vizinhos ou outros).

¹⁴ Termo utilizado por Fleischer (2018).

Tabela 3 - Frequência de Crianças Trazidas pela mãe, pai e outros

Mês/ano	Responsável Mãe	Responsável Pai	Outros
10/21	82	2	10
11/21	78	27	46
12/21	96	8	42
01/22	47	0	25
02/22	132	6	23
03/22	126	12	26
04/22	149	4	33
05/22	164	7	28
06/22	92	12	70
07/22	128	6	43
08/22	174	12	32
09/22	182	8	24
10/22	111	18	45
11/22	109	11	66

(Fonte: elaboração própria a partir de dados recolhidos do sistema Gesthor.)

Observando esta tabela, salta aos olhos o quantitativo de crianças que vêm acompanhados pela mãe em comparação com pelo pai. Inclusive, no mês de janeiro de 2021, nenhuma criança compareceu ao ambulatório em companhia do pai. Digno de nota também é o expressivo número de crianças que vêm à consulta da psiquiatria com avós, bisavós, tias, vizinhas, além de outros parentes, sendo bem maior do que aqueles que vêm com o pai. Tal constatação parece apontar para a “circulação de crianças” ou para “os arranjos de cuidado” anteriormente abordados no capítulo dedicado ao cuidado e que também terá especial atenção em uma categoria analítica partindo das entrevistas.

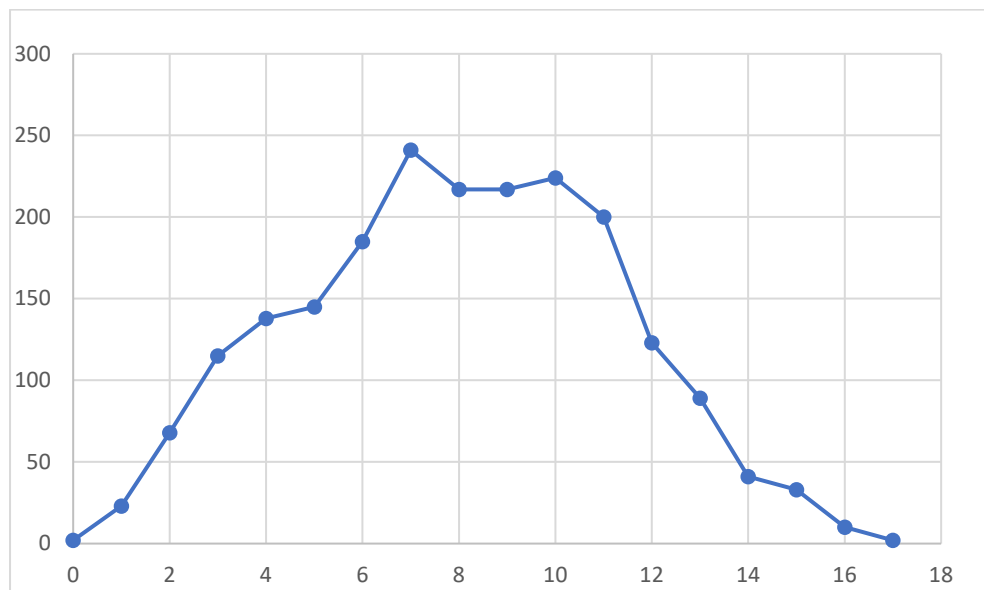
Com relação à idade das crianças, a Tabela IV a seguir apresenta a distribuição de frequência pelos anos entre novembro de 2021 e outubro de 2022.

Tabela 4 – Idade x frequência

Idade	N
0	2
1	23
2	68
3	115
4	138
5	145
6	185
7	241
8	217
9	217
10	224
11	200
12	123
13	89
14	41
15	33
16	10
17	2

(Fonte: elaboração própria a partir de dados recolhidos do sistema Gesthor.)

Gráfico 2 -Frequência das idades nos atendimentos



(Fonte: elaboração própria a partir de dados recolhidos do sistema Gesthor.)

Com relação à idade das crianças podemos verificar que o pico de maior frequência se encontra na idade de 7 anos, com um platô elevado entre 6 e 10 anos. Mais uma vez parece inevitável associar isso com a escola, por se tratar do período dedicado à alfabetização. Segundo Collares e Moyses (1996), “a escola é um local que abriga preconceitos sobre os alunos, suas famílias e o fracasso escolar; o fracasso em manter as normas institucionais recai sempre sobre o aluno e sobre os seus pais” (Collares; Moyses, 1996 *apud* Brzozowsk; Brzozowsk; Caponi, 2010). E assim, ao pensarmos que uma condição necessária para que se tenha uma vida social é que todos compartilhem das mesmas normas previamente estabelecidas, quando uma regra é quebrada (como não aprender a ler dentro do “prazo normal”) são tomadas medidas reparadoras.

A próxima tabela traz os principais diagnósticos formulados para as crianças ao longo dos meses de outubro de 2021 a novembro de 2022, categorizados pelo CID 10.

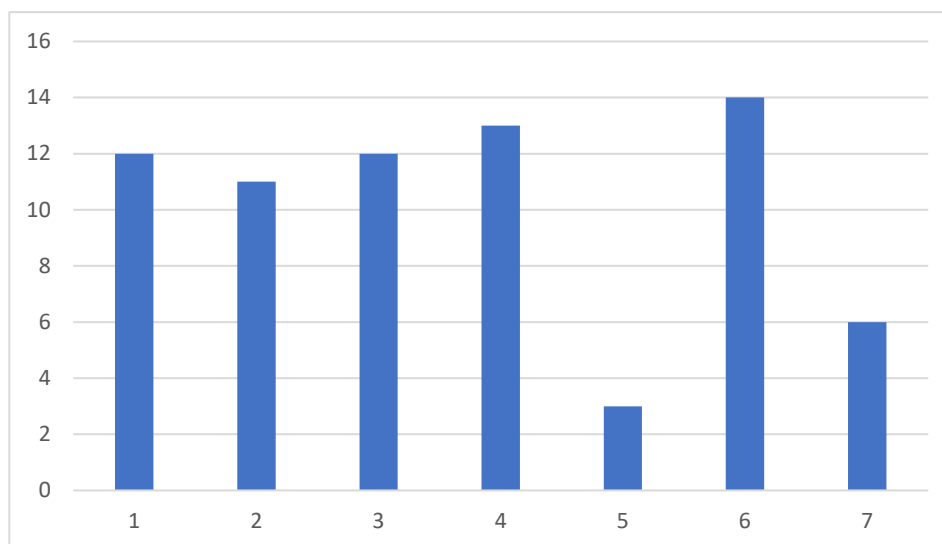
Tabela 5- Frequência de Diagnósticos Fornecidos às Crianças Categorizados pelo CID 10 durante os 14 meses da pesquisa

Diagnósticos	N
Episódio depressivo (F32)	12
Transtornos ansiosos (F41)	11
Retardo Mental Leve (F70)	12
Retardo Mental Moderado (F71)	13
Autismo (F84)	3
Transtorno Hiperativo (F90)	14
Transtorno de Conduta (F91)	6

(Fonte: elaboração própria a partir de dados recolhidos do sistema Gesthor.)

Partindo desta tabela insiro um gráfico para melhor visualização da frequência de cada CID:

Gráfico 3-Frequência de Diagnósticos Fornecidos às Crianças categorizados pelo CID 10 durante os 14 meses da pesquisa¹⁵



(Fonte: elaboração própria a partir de dados recolhidos do sistema Gesthor.)

¹⁵ Legenda:

- 1 Episódio depressivo F32
- 2 Transtornos Ansiosos F41
- 3 Retardo Mental Leve F70
- 4 Retardo Mental Moderado F71
- 5 Autismo F84
- 6 Transtorno Hiperativo F90
- 7 Transtorno de Conduta F91

Os diagnósticos que aparecem são principalmente aqueles considerados leves e que, segundo o organograma não oficial de encaminhamentos da saúde mental infantojuvenil do município, devem ser direcionados ao ambulatório de Psiquiatria Infantil do HIIS. São eles: episódio depressivo (F32 pelo CID 10), transtornos ansiosos (F41 pelo CID 10), Retardo Mental Leve (F70 pelo CID 10), Transtorno Hipercinético (F90 pelo CID 10) e Transtorno de Conduta (F91 pelo CID 10). O Autismo (F84 pelo CID 10) e o Retardo Mental Moderado (F71 pelo CID 10), são os diagnósticos considerados graves, além do Retardo Mental Grave (F72 pelo CID 10). Esses dois diagnósticos (F84 e F71) aparecem no ambulatório, o primeiro em baixa frequência e o segundo com frequência significativa. Tal frequência de Retardo Mental Moderado se deve à exigência dos principais serviços com atendimento multidisciplinar de que, para o acolhimento da criança, haja um diagnóstico com um mínimo de gravidade, não sendo aceitos transtornos de linguagem, de aprendizado, ou quais quer outros que sejam considerados “leves”. Diante da necessidade da criança em obter ajuda principalmente no que se refere ao aprendizado, o que ocorre mediante os atendimentos de Psicopedagogia, de Fonoaudiologia e da Terapia Ocupacional, opto muitas vezes por “pesar a mão” no diagnóstico, ou seja, atribuir uma “maior gravidade” (segundo o que tais serviços estabeleceram como gravidade) para garantir o tratamento da criança.

4.5 As entrevistas

As entrevistas foram realizadas no ambulatório de psiquiatria infantil do HIIS, mais precisamente na sala 16. As primeiras duas entrevistas ocorreram em janeiro de 2023, e seguiu-se uma frequência média de duas entrevistas por mês, em fevereiro, março, abril e maio. As cuidadoras eram selecionadas dentre aquelas que haviam agendado a primeira consulta no dia elegido para a realização da entrevista. A primeira a chegar, já que os atendimentos acontecem por ordem de chegada, era questionada sobre a possibilidade de responder a pesquisa. Diante de uma resposta positiva, era marcado dia e hora para entrevista, em comum acordo com a pesquisadora, as interlocutoras e a instituição. O tempo de duração previsto foi de uma hora. No início de cada entrevista era esclarecido às participantes o trabalho a ser realizado e sua importância, assim como a garantia do anonimato e sigilo.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram que as cuidadoras deveriam ser responsáveis legais pelas crianças de até 12 anos de idade agendadas para primeira consulta no ambulatório de psiquiatria do Hospital Infantil Ismélia da Silveira. Especificamente a esta regra foi incluída uma exceção: uma bisavó sem a guarda legal da criança, mas com uma riqueza considerável de dados. As participantes, que aceitaram espontaneamente participar da pesquisa, foram esclarecidas do objetivo do estudo e do compromisso da pesquisa com o anonimato e o sigilo. Todas deveriam preencher um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para aceitação da abordagem. Os critérios de exclusão incluíam: cuidadoras acompanhando crianças maiores de 12 anos, cuidadoras que não eram responsáveis legais pelas crianças, e as que não foram agendadas no Hospital citado, assim como as que não aceitassem participar do estudo ou preencher o TCLE.

Os riscos de participação nessa pesquisa foram prontamente esclarecidos no início de cada entrevista, e seriam decorrentes do possível desconforto gerado ao se abordarem temas que poderiam ser delicados para as participantes. Contudo, foi comunicado às mesmas que estariam livres para não responder a qualquer pergunta que não quisessem ou parar a entrevista a qualquer momento. A participação também envolvia a inconveniência de conceder uma hora do tempo da entrevistada.

Todas as cuidadoras selecionadas aceitaram prontamente participar da entrevista e compareceram no dia e hora marcados com grande entusiasmo. Vieram mais arrumadas e cheirosas, demonstrando sentirem-se valorizadas e satisfeitas com a entrevista. Sendo a entrevista semiestruturada, havia um roteiro que se iniciava com pontos básicos de identificação como nome, endereço, idade, escolaridade, estado civil e número de filhos, para depois seguir com o roteiro de perguntas contido no Apêndice A.

Ao longo das entrevistas fui percebendo a diferença entre o lugar de médica psiquiatra e o de pesquisadora. Nas primeiras entrevistas, apesar do roteiro, automaticamente me sentia buscando sinais e sintomas, como numa anamnese. Aos poucos pude entender melhor esse lugar de pesquisadora que, mesmo sem conseguir alcançar totalmente, busca a neutralidade, interfere pouco no discurso do entrevistado, procura fazer as perguntas de forma a não sugerir respostas, e é paciente na escuta. Percebi também que as entrevistadas iam se soltando mais ao longo da entrevista: iniciavam com um discurso mais robotizado, tentando responder ao que imaginavam que eu poderia querer ouvir, para aos poucos irem revelando o que realmente pensavam.

Agora, apresento as dez entrevistadas (lembrando que todos os nomes foram modificados para preservação do sigilo):

1. Maria, 38 anos, moradora de Vila São João (DC), casada, professora da educação infantil, um único filho. Traz ao ambulatório Paulo, 3 anos.
2. Ruth, 27 anos, estudou até a 4ª série, moradora de Olavo Bilac (DC), solteira, desempregada, “vivo com o auxílio Brasil”, quatro filhos, cada um de um pai diferente: Carolina, 12 anos (mora com o pai); João Paulo, 9 anos (mora com ela e é quem ela traz ao ambulatório); Roberta, 4 anos (mora com o pai); e Mario, 6 meses, mora com o pai.
3. Eliane, 25 anos, estudou até a 7ª série, moradora de Vila Leopoldina, Gramacho (DC), trabalha em uma fábrica de roupas no setor de arremate, casada, três filhos, cada um de um pai: Helena, 7 anos; José, 4 anos; e Gabriela, 3 anos, única filha do atual marido. Trouxe ao ambulatório o José.
4. Cristine, 26 anos, estudou até a 5ª série, moradora de Centenário (DC), solteira, mãe de dois filhos, de diferentes pais: Flor, 11 anos; e Francisco 2 anos e 3 meses. Não trabalha, recebe Auxílio Brasil, mora com os filhos e o irmão mais velho – que trabalha. Trouxe ao ambulatório o Francisco.
5. Mariana, 26 anos, 2º grau completo, solteira, moradora de Pantanal (DC), trabalha com limpeza hospitalar no Rios D’Or na Freguesia (RJ), mãe de Leon, 3 anos, que ela trouxe ao ambulatório.
6. Maria das Graças, 38 anos, mãe de dois filhos: Romeo, 7 anos; Isadora, 1 ano e 6 meses, de pais diferentes (“um é falecido e o outro sumido”), “não trabalho, sou dona de casa”, “vivo do Bolsa Família”. Mora na casa do pai (avô das crianças), com a madrasta e os filhos, em Jardim Gramacho (DC). Estudou até a 1ª série. Traz ao ambulatório o Romeo.
7. Roberta, 57 anos, traz ao ambulatório Michel, seu bisneto, com 7 anos. Casada, mãe de cinco filhos, tem sete netos e três bisnetos. Além dos filhos, criou uma neta (mãe do Michel) e agora cria 2 bisnetos: Michel e seu irmão Bryan, 8 anos. Mora na Vila São José (DC), “não trabalho, pago autonomia, mas já trabalhei muito, era diarista”. Estudou até a 7ª série. O marido de 67 anos é analfabeto e está aposentado.
8. Anna Claudia, 44 anos, casada, graduada em Educação Física, terminando uma pós-graduação em treinamento de atleta. É mãe de dois filhos: José Felipe, 14 anos; e Pedro, 9 anos. Trabalha em uma academia só para mulheres.

Traz ao ambulatório o Pedro. É moradora de Parque Lafaiete, 1º. Distrito (DC).

9. Isadora, 39 anos, mãe de três filhos: Renato, 10 anos; Antônia, 7 anos; e Madalena, 4 anos. Mora com o pai das meninas. O pai do Renato começou a ter contato com o filho recentemente. Tem 2º grau completo, não trabalha fora, é dona de casa (trabalhou no Caxias Shopping até Renato ter 4 anos). Mora em Vila Itamarati, no 1º Distrito (DC). Trouxe ao ambulatório o Renato.
10. Anna Beatriz, 26 anos, é moradora de São Bento (DC) e mãe de dois filhos de pais diferentes: Jussara, 6 anos; e Manuel, 3 anos. Está casada com o pai do Manuel. Tem 2º grau incompleto, trabalha como cabelereira. Trouxe Jussara ao ambulatório.

Interessante notar que das dez cuidadoras entrevistadas, cinco delas (portanto metade da amostra) trabalham (professora, educadora física, operária de fábrica de tecidos, cabeleireira, funcionária de limpeza). Outras três cuidadoras declararam viver do Auxílio Brasil ou Bolsa Família. As duas últimas se intitulam “donas de casa”, são casadas, e vivem com o marido como provedor. Todas moram no município de Duque de Caxias.

Cinco delas apresentavam idade entre 25-27 anos e quatro entre 38-44 anos. Em relação ao grau de escolaridade, apenas uma tem terceiro grau completo, três concluíram o segundo grau (sendo uma delas normalista), e uma quinta relatou segundo grau incompleto. A outra metade da amostra, (cinco cuidadoras) não completou o Ensino Fundamental. Seis das cuidadoras são casadas, mais da metade da amostra. Excetuando-se a bisavó, que tem cinco filhos com o mesmo pai, todas que têm mais de um filho são de diferentes pais.

Das dez crianças trazidas ao ambulatório apenas uma era menina, e as idades variaram da seguinte forma: quatro crianças na primeira infância com idades entre 2 e 4 anos; e as outras seis crianças com idades entre 6 e 10 anos. Em certa medida, esses números seguem o padrão do Gráfico II, com a idade das crianças trazidas ao ambulatório no período de outubro de 2021 a novembro de 2022. Nele há também uma maior incidência nas idades entre 6 e 10 anos. O que destoa é esta frequência relativamente alta de crianças na primeira infância, que poderia ser explicada por algumas hipóteses: o nascimento no período pandêmico e o atravessamento do dito desenvolvimento

neuropsicomotor por questões peculiares deste período. No entanto, como este trabalho não objetiva responder tais questões, deixarei isso para outra oportunidade.

4.6 Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se o seu estudo por meio da Análise do Discurso (AD). Considerando que o discurso é uma prática social, construída num contexto histórico-social, entende-se que tal tipo de análise se aproximaria de uma visão de mundo específica, vinculada aos seus autores, mas especialmente à sociedade em que vivem. Os dados colhidos por meio das entrevistas foram analisados segundo a técnica da Escola Francesa de Michel Pêcheux, que se desenvolveu mantendo consistentemente certos princípios sobre a relação língua/sujeito/história ou, mais propriamente, sobre a relação língua/ideologia, tendo o discurso como lugar de observação dessa relação. Tal técnica foi introduzida no Brasil por Orlandi, nas décadas de 1980 e 1990 (Orlandi, 2011). Trata-se, portanto, de uma abordagem que possibilita a reflexão sobre a linguagem, o sujeito, a história e a ideologia. Sua constituição encontra-se em consonância com as contribuições do Materialismo Histórico (e sua teoria da Ideologia), da Psicanálise (e sua noção de Inconsciente, ou, na Análise do Discurso, o descentramento do sujeito) e da Linguística (deslocando a noção de fala para discurso). Assim, considera-se que “o sentido não está fixado a priori, como essência das palavras, nem tampouco pode ser qualquer um: há determinação histórica do sentido” (Orlandi, 2003, p. 56).

Para tanto, faz-se necessário o entendimento de que a linguagem comporta dois objetos – língua (estrutura), que é social e permite o ato de comunicação; e a fala (acontecimento), que é individual e possibilita a expressão de uma ação. Assim, uma proposição não desvela o todo da linguagem, e o falar é entendido como uma atividade ou forma de vida. A ideologia, tida como crenças e valores, se conforma a partir das relações de produção que o indivíduo estabelece de modo a suprir suas necessidades. O deslocamento de indivíduo para sujeito se dá por meio da relação com o simbólico, em que o inconsciente se sobrepõe ao dito planejado, como afirma Lacan no seminário 2: “*o que é sujeito?*, na medida em que é, tecnicamente, no sentido freudiano do termo, o sujeito inconsciente, e daí, essencialmente o sujeito que fala” (Lacan, 1985, p. 237). O sujeito discursivo funciona então pelo inconsciente e pela ideologia e “as palavras simples do

nosso cotidiano já chegam até nós carregadas de sentidos, que não sabemos como se constituíram e que, no entanto, significam para nós e em nós” (Orlandi, 2003, p. 83).

O discurso se estabelece pela fala e sempre terá relação com o contexto sócio-histórico em que se dá. Todavia, observa-se que não há necessariamente um modo linear na disposição dos elementos de comunicação e não se trata somente da transmissão de informação, pois emissor e receptor constroem concomitantemente o processo de significação e os sujeitos em relação podem limitar seus ditos, produzindo enunciados contingentes. Assim, a AD trata do sentido do discurso, considerado como uma prática construída e que reúne estrutura e acontecimento, em movimento contínuo de estacionamento e deslocamento de sentido (efeitos de deriva). Desta forma, podemos dizer que o significante é a fala e o sentido é dado por meio da reflexão crítica que ocorre nos efeitos de deriva.

Para o melhor entendimento dos efeitos de deriva é preciso saber que a paráfrase e a metáfora se situam na base do suporte analítico. No entanto, Orlandi (1994) pontua que a paráfrase é definida na Análise de Discurso de modo diferente ao da Linguística, assim como a metáfora é definida de outra maneira que a dos Estudos Literários. É a paráfrase (pensada em relação à configuração das formações discursivas) que está na base da noção de deriva que, por sua vez, se liga ao que é definido como efeito metafórico (Pêcheux, 1969 *apud* Orlandi, 1994): fenômeno semântico produzido por uma substituição contextual, produzindo um deslizamento de sentido. Orlandi (1994) traz a noção de efeito metafórico – pontos de deriva – para o campo dos procedimentos analíticos aproximando-a da noção de gesto de interpretação – o que intervém no real do sentido. Realçou assim o fato de que o analista trabalha a possibilidade de descrever/interpretar um funcionamento discursivo “lidando/operando” com a paráfrase e a metáfora. A paráfrase e a metáfora explicitam-se, pois, enquanto procedimentos de análise. Outros elementos importantes na elaboração interpretativa são os gestos e os silêncios que permitem, a seu tempo, problematizar aquilo que se apresenta aparentemente linear e/ou literal, voltadas para o conteúdo dos ditos, e negligentes com o contexto, posição e relação estabelecida entre os sujeitos (Orlandi, 2008).

As entrevistas possibilitaram pôr em ação o sujeito discursivo de forma a analisar os ditos, considerando suas subjetividades e crenças/valores no contexto no qual estavam inseridos, que pode vivenciar temporariamente. Sem ter a pretensão de estabelecer proposições definitivas, nem ter acesso a todo o conteúdo relativo ao tema das entrevistas, entende-se que a contribuição da AD é a explicitação do modo como o discurso produz

sentidos. É um exercício permanente de reflexão e, assim, produz uma relação menos ingênua com a linguagem (Orlandi, 2003).

Na medida em que este trabalho pretende compreender os sentidos atribuídos aos diagnósticos psiquiátricos infantis, faz-se necessária a recordação de que as formas de objetivação do sofrimento mental variam conforme as coordenadas socioculturais (Costa, 1987). Pensar em um sentido atribuído a um diagnóstico médico é em certa medida atravessar a “consciência da doença enquanto consciência do sintoma” (Costa, 1987, p. 5), e assim recoloca em primeiro plano a construção psíquica e/ou social das subjetividades individuais, entendendo consciência da doença como o modo do sujeito objetivar um tipo particular de sofrimento mental. Partiremos também do entendimento da consciência como o lugar dedicado à reflexão das experiências do sujeito sob a forma de representações de si e do mundo. No entanto, apesar de incorporada a noção de inconsciente, não se pretende neste trabalho: o aprofundamento da natureza inconsciente das representações; o estabelecimento das questões referentes às relações da consciência com a linguagem e o pensamento; a abordagem acerca das relações entre sujeito e objeto; ou o exame minucioso das relações das representações com o sujeito ou significações.

Isso posto, a compreensão da objetivação neste caso torna-se importante:

toda objetivação depende da concepção implícita que se tem da própria individualidade; da ideia de causalidade; da forma como se rememora fatos relevantes para a história pessoal e finalmente, do modo como é projetado no tempo cultural o desejo de cura, os benefícios da cura e a ideia mesma de cura (Costa, 1987, p. 6).

Tais tópicos acima referidos servirão de pano de fundo para nossa reflexão em curso. Os passos na realização da AD são: ordenação do material empírico (observações e entrevistas); estabelecimento dos eixos conceituais e formações discursivas do material recolhido, em que se resgatam os aspectos singulares no conjunto de entrevistas (núcleos significantes) e os deslizamentos de sentido; articulação entre os achados, a interpretação e as considerações do pesquisador em contraposição e/ou com reafirmações relativas à literatura.

4.6.1 Reinterpretações e criações: os descabeçados, interagidos e com hiperatismo

Como anteriormente abordado no capítulo teórico “Contribuições filosóficas e socioantropológicas ao tema da saúde e da doença”, foi possível observar nas entrevistas

a presença de reinterpretações e criações, através de um sistema simbólico e código linguístico próprio. Reinterpretações são necessárias porque algumas das nomeações partem claramente de desdobramentos, deslocamentos e/ou condensações da linguagem da cultura dominante, porém com a presença marcante da criatividade.

“O problema dele é esse né, ele é interagido, agressivo”, assim inicia Ruth em sua entrevista. Quando questionada acerca do que seria “ser interagido”, ela responde: “É uma pessoa que não para. Ele é uma pessoa que acha que tem que fazer as coisas ao mesmo tempo, não dorme, ele fala sozinho, anda pela casa. Entendeu? Loucuras sabe? Uma coisa que só uma mãe pode superar”. Com esta explanação acerca do significado de “ser interagido” é possível observarmos elementos que remetem a descrições da categoria diagnóstica do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, como por exemplo “uma combinação de um comportamento hiperativo e pobremente modulado com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas” (CID 10, 1993, p. 256), exemplo de uma apropriação singular do discurso médico-científico, como nos falava Boltanski (1989).

Nesta mesma entrevista, Ruth refere que não é a primeira vez que busca ajuda no sistema de saúde em função de sua preocupação com o comportamento (palavra minha) do filho. Já havia ido à neurologia quando João Paulo tinha 4 anos, por insistência de sua mãe, avó da criança: “não tinha caído na minha cabeça que o meu filho tinha problema, minha mãe sempre falou comigo: Ruth leva esse garoto no médico, marca um neuro para ele, que ele tem problema, ele gritava a madrugada toda”. Mesmo a mãe de Ruth insistindo, esta não via alterações no filho: “Ficava gritando, eu achava que era normal, que era de criança mesmo, mas não era, já era os problemas assim dele”. Ela continua: “não dormia, era sempre muito agitado, aí desmaiou, foi quando cheguei aqui e vi que ele tinha problema”. Em relação ao seu primeiro contato com o Hospital, na consulta com a neurologia, Ruth conta que João Paulo recebeu um diagnóstico de Retardo Mental Moderado, com o qual ela diz não concordar. Pergunto então o que ela entende por retardo mental e recebo a seguinte resposta:

Bom... para mim ela disse que a mente dele não evolui.

É, no caso ele tem 9 anos e na memória ele tem 6, só que graças a Deus para mim a mente dele evolui sim, ele tá é agressivo.

O pulso dele que...

O pulso, pulso, ele acha que assim, já se defende, se você falar alguma coisa, tudo é ameaça. entendeu? Fala de morte, vou te matar. Assim... então isso para mim é outra coisa. entendeu? Porque se a mente dele não evolui, como ele ia tá com a mente assim nesse grau?

Esse grau de morte, de falar que vai agredir, que vai machucar, ir para machucar a pessoa, como ele pegou o pau para dar na cabeça do menino.

Que é onde eu acho que ele tem que tomar um remédio né, para relaxar esse pulso dele, para ele dormir, passar um tempo dormindo. Porque a real dele, a real ao redor dele se divertir com as crianças, se a criança falar uma palavra que ele não venha aceitar ela, ele vir e tentar fazer alguma coisa com essa criança. Como ele falou que tava com ódio desse menino, então a mente dele tá muito bem evoluída.

O que está havendo com o João Paulo é que ele tá agressivo. Você não pode falar uma palavra que venha contrariar ele, ele acha que tem que fazer uma coisa com você, entendeu? Ele fica com um ódio, eu não sei explicar esse ódio dele.

Ruth demonstra uma “reflexividade” e uma “problematização” que se contrapõem ao saber médico-científico. Para ela o diagnóstico de Retardo Mental não faz sentido. Ela utiliza a palavra “pulso” em um sentido próprio, que parece condensar a expressão de “pulso forte” como firmeza e autoridade para dar ordens; “homem de pulso” (Aulete, 2007). É similar ao que se vê em “O pulso ainda pulsa”, frase que inicia a música dos Titãs escrita por Arnaldo Antunes, que lista uma série de doenças e conclui que, apesar de tudo, ainda está vivo, ou seja, tem pulsação, tem corpo, e tem ainda algo de impulso, força que provoca o movimento do corpo (Aulete, 2007). Para Ruth, em sua reflexão, ter Retardo Mental é ter uma mente que não evolui, o que no seu entendimento não se adequa à observação que tem do filho. Afinal, possuir “pulso” seria ter capacidade e autoridade para dar ordens, com o acréscimo de ameaças, e isso só seria possível partindo de uma mente evoluída, isto é, de um homem adulto.

Cristine inicia sua entrevista contando que:

Quando ele tinha 1 ano e pouco a pediatra lá do posto notou diferenças nele, notou atrasos e o comportamento dele não é de uma criança normal como deveria, aí ela falou que ele tinha uma suspeita de autismo com hiperatividade, que precisava ser estudado para ter um laudo completo, ou seja do autismo ou do hiperatividade, só que eu não estava conseguindo de jeito nenhum marcar o médico.

Questionada acerca do que seria hiperatividade responde: “Hiperatividade eu acho que ele é muito agitado, o Francisco ele é uma criança muito agitado, ele dorme e acorda já agitado, tem dias que ele acorda agitado, depois ele mesmo se acalma sozinho, tem hora que ele chora e se espremeia, ele é muito agitado”.

Mariana afirma: “sempre achei que ele tinha um pouquinho de hiperatividade”, assim como Isadora, que diz: “Vamos supor que ele tenha um grau de hiperatividade”. O uso da palavra “hiperatividade” por essas cuidadoras, inexistente no dicionário, se refere a um desdobramento de hiperativo acrescido do sufixo -ismo. O Dicionário da Língua

Portuguesa Houaiss explica que o sufixo *-ismo*, originário do grego *-ismós*, que seria formador de nome de ação de verbos, chegou ao português por meio do latim *-ismus*. Houaiss indica ainda que esse sufixo foi primeiro utilizado na medicina para designar intoxicações causadas por agente obviamente tóxico (alcoolismo, eterismo, iodismo etc.), passando a designar também, ao longo dos séculos XIX e XX, movimentos sociais, ideológicos, políticos, opinativos ou religiosos (Houaiss, 2019). Como tal sufixo foi primeiramente utilizado pela medicina, seu acréscimo traria ao falante uma sensação de maior proximidade ao discurso médico-científico.

O uso da palavra hiperativo, adjetivo presente nos manuais diagnósticos cujo significado na língua portuguesa é “excessivamente ativo” (Aulete, 2007), já está inserido no discurso cotidiano de algumas das cuidadoras entrevistadas, aparecendo em alguns momentos como uma característica comum às crianças e em outros como uma característica desviante. Parece sempre haver alguma dúvida em seu uso, como por exemplo na entrevista da Eliane. Esta comenta: “Falam que ele é hiperativo, porque ele não fica parado, não fica quieto, o tempo todo nessa agitação dele, é em casa, em qualquer lugar, é em festa, ele não para. Uma criança sadia é assim, mas...”. Eliane utiliza a palavra hiperativo como sinônimo para agitação, o que gera dúvida se seria normal ou indicativo de algum desvio da norma. Ao definir uma criança hiperativa, Maria das Graças afirma que “É uma criança que não para, é agitado o tempo todo, só para quando toma o remédio”. O mesmo afirma Isadora: “Uma criança muito agitada, que não consegue se concentrar nas coisas”.

Roberta, bisavó de Michel e Bryan, conta que no dia da entrevista trouxe Michel para o atendimento, mas que Bryan também faz tratamento já que: “ele é muito hiperativo, muito levado”. Roberta, quando questionada, parece não saber a diferença entre “ser hiperativo” e “ser levado”. Quando pergunto sobre seus filhos quando comparados aos seus bisnetos, ela responde:

Não, meus filhos não eram assim não. O meu filho que tem 34 anos hoje era muito hiperativo, arrumava briga com outros, mas conforme ele foi crescendo, foi melhorando, quando ele tinha por volta dos 12 anos. Eu o levava à pediatra e ela dizia que ele era assim por ser levado mesmo. Era levção mesmo.

Indago se esse não seria o mesmo caso dos seus bisnetos: “Não, eu acho que não. Eles são diferentes, não é porque são levados”. Assim, os anos passam, e o que muda são os nomes para aparentemente um mesmo fenômeno, ligado à ideia do que é ser criança.

O que antes se enquadrava na norma hoje está fora dela. Aprofundarei a compreensão do infantil em uma categoria específica.

Em sua entrevista, Anna Beatriz afirma acreditar que o comportamento de sua filha é normal, e diz:

Na minha concepção ela é uma criança normal, só tem essa dificuldade na escola, em casa ela é muita agitada, percebi um pouco imperatividade, ela não consegue ficar prendendo a atenção em uma coisa só, sempre fica mudando e quando ela começa algo, ela não consegue concluir.

Aqui observamos a condensação de hiperatividade com imperativo, sendo o último um adjetivo usado no sentido de “que acentua o caráter de mando, de autoridade, ou que exprime uma ordem; autoritário” (Aulete, 2007). Ou seja, a definição de uma criança aparentemente agitada e mandona.

Mesmo com a utilização dessas palavras (hiperativo, hiperatismo, imperativo), não há correlação direta com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Roberta, apesar de definir o bisneto Michel como hiperativo diz: “só vi que era T, TTTT alguma coisa, TD, sei lá, acho que é TDAH. Mas não sei o que é isso, eu queria que as pessoas me explicassem direitinho”. Eliane me conta que algumas pessoas na rua dizem que seu filho é hiperativo, outras afirmam ser TDAH e outras ainda que ele é autista. Quando pergunto o que é TDAH, me responde: “Hoje para mim não é nada, porque eu não entendo do assunto, só vai ser um nome, eu vou ter que procurar saber, aí sim eu vou chegar para senhora e dizer que eu tenho um filho autista, eu tenho um filho com TDAH, eu posso te explicar. Mas hoje eu não sei o que é”.

É possível observar nas entrevistas uma mistura entre hiperatividade e autismo, além de uma clara ausência de significação para o último termo. Pergunto a Cristine o que ela entende por autismo, ao que ela responde que não entende nada. Insisto e pergunto se autismo não significa nada e ela me diz: “Significa, mas eu não consigo ver uma criança autista como se ela fosse doente, eu trato as crianças normalmente. Eu não vou tratar uma criança autista como se ela fosse doente, eu vou tratar todos iguais”. Maria das Graças conta que: “Eu fui em uma doutora, acho que ela era psicóloga, lá na Praça Seca, mas ela se aposentou, então ela disse pra mim que ele era hiperativo e autista”. Questiono o que ela imagina que seja autismo: “Não sei, eu não conheço isso”. Respondendo à mesma pergunta, Anna Claudia afirma:

Pelo que eu vejo nas outras crianças, são hiperativas, não conseguem ficar quietas, quando quer uma coisa quer porque quer. Eu acho que é isso. Dá crise. O meu cunhado tem um enteado e ele foi diagnosticado com autismo e pelo que eu percebo da criança, ele é totalmente diferente, é uma criança agitada, quase não dorme, dá alguns ataques.

E diz Isadora: “Eu não tenho tanta noção, eu vejo que as crianças não têm controle, igual a moça estava dizendo que o filho mordeu o celular como se estivesse comendo alguma coisa”.

O adjetivo descabeçado, presente no título desse trabalho, aparece na entrevista de Cristine: “ele fica batendo a cabeça quando fica assim, ele fica se jogando, tudo dele é a cabeça, parece descabeçado. Se ele ficar nervoso aqui agora ele quer bater a cabeça, quer bater a cara”, assim como na de Roberta: “ele tem alguma coisa na cabeça dele. Tem alguma coisa neurológica na cabeça dele, assim descabeçado”. Nesses casos, tal adjetivo alude ao termo popular “perdeu a cabeça”, significando que ficou sem controle. Refere-se também a um uso concreto: se tem problema mental, tem algum problema na cabeça, onde se localiza a mente, e isso seria representado inclusive por bater a cabeça. E assim, como veremos na próxima categoria, o uso da palavra descabeçado se relacionaria com “sofrer dos nervos”, tendo, portanto, um sentido mais holista, que responde às questões formuladas na introdução.

Partindo dessas reinterpretações e criações foi possível observar a existência nesta população específica e claramente de baixa renda (classes populares ou faixa inferior das classes médias), uma necessidade de construção de sua própria representação da doença. Tal necessidade ancora-se numa “reflexividade”, “verbalização” e “problematização” próprios, que partem de categorias familiares, já anteriormente abordadas, bem como numa dificuldade em reproduzir e criticar o discurso médico.

Assim, ainda hoje, em 2023, constata-se no pensamento popular algo do *bricoleur* de Lévi-Strauss (1989). O conceito de *bricoleur* foi apresentado pelo antropólogo no livro *O pensamento selvagem* (1989). Pensar na bricolagem seria entender um objeto novo partindo de fragmentos de outros objetos, percebendo as partes ou pedaços dos objetos anteriores, como no caso de “imperatividade”, “hiperatismo” e “pulso”. Isso também nos remete à *consciência fragmentada* de Ortiz (1980 *apud* Costa, 1989), já que a reordenação dos fragmentos de saberes fornece um arranjo explicativo que pode parecer incongruente e estapafúrdio em face do modelo de compreensão do tipo intelectual-acadêmico. E assim, o pensamento popular, descomprometido com o protocolo das supostas “ideias

claras e distintas” presentes no pensamento cientificamente unificado, “circula entre as representações disponíveis, interessado unicamente em construir um sentido que permita ao sujeito naturalizar a estranheza do mal que o acomete” (Costa, 1989, p. 20). Dessa forma, os membros das classes populares, como argumenta Costa (1987), “sem possuir categorias analíticas científicas” acabam não distinguindo níveis de complexidade e hierarquização na organização dos fenômenos percebidos e tratam diferenças e semelhanças de maneira aparentemente incoerente (Costa, 1987, p. 10). Mas o fato de não exprimir em “ideias claras e distintas” (típicas do “espírito crítico”, como diz Boltansky) não significa que se deve ignorar a diversidade e peculiaridade destas experiências. E, assim como Costa (1987) não trato aqui da fragmentação implicada com nenhuma hierarquia de valor, ou seja, o pensamento fragmentado não é inferior ao cientificamente unificado.

Importante notar nesta categoria a dificuldade da maioria das cuidadoras em definir o que é comum e aquilo que se apresenta como fora da norma. Para melhor compreensão deste fenômeno é necessário o aprofundamento da questão da identidade. Identidade é tudo aquilo que se vivencia (relata, refere, sente, narra, diz) como sendo eu, em contraste àquilo que se identifica ou percebe (narra, reflete) como não-eu (aquilo que é outro, aquilo que é do outro). No entanto, a identidade não se apresenta como uma experiência uniforme, já que é formada por sistemas de representações diversos, sendo cada um deles correlato ao modo como o sujeito se prende ao universo sociocultural. Dessa forma, podemos perceber uma identidade que é social, étnica, religiosa, de classe, profissional, política, dentre outras. Cada uma dessas representações do sujeito possui regras de formação e manutenção próprias, amparadas em normas que o orientam no cumprimento e julgamento de seu desempenho identificatório. Quando um sujeito não consegue realizar as exigências da norma identificatória, pode ocorrer o sofrimento psicológico, julgando seu desempenho como fora do normal, abaixo do normal ou anormal (Costa, 1989). O conflito identificatório, neste caso, possui a importante propriedade de ser vivido e interpretado como desvio da normalidade.

Nesta pesquisa, a princípio, as cuidadoras não falam de si, mas dos seus filhos, netos, bisnetos, o que é uma relação ego-narcísica, ou seja, identifico como eu ou meu. Em outras palavras, como diz Ruth: “só uma mãe pode superar”. Costa (1989) postula que o único conflito identificatório, sede do sofrimento subjetivo, que se traduz em perturbação psíquica e pode, portanto, ser experimentado como doença ou distúrbio

mental, é aquele no qual a área acometida da identidade representa a identidade psicológica. Costa (1989) define tal termo:

O importante é notar que a identidade psicológica se diferencia dos demais sistemas identitários por se apresentar ao sujeito como aquilo que não é apenas atributo do meu eu ou de alguns eu, mas o traço identificatório a todos os eu. Em outras palavras, é o sistema de representações que se mostra à consciência do sujeito como predicado universal e genérico, definidor por excelência do humano (Costa, 1989, p. 22).

Desta forma, seu poder normativo é mais acentuado do que de outros sistemas identitários. Uma vez internalizadas como universais, as normas da identidade psicológica, segundo Costa (1989), não se deixariam relativizar facilmente. E assim, a pressão que essa identidade exerce é sentida como natural, e seu desvio como doença. Essa identidade psicológica, defendida por Costa (1989), teria a mesma matriz do conceito de indivíduo de Dumont (1972), defendido por Duarte (2002), que foi abordado teoricamente em capítulo anterior.

Foi possível observar que nas representantes das camadas populares que participaram desta pesquisa – ou seja, as cuidadoras - não há a preponderância de uma identidade psicológica produzida às custas da “progressiva nuclearização da família, de uma crescente privatização da vida familiar, de uma valorização exorbitante da intimidade psicológica, do ‘espírito crítico’ criado pela dilatação da escolarização” (Costa, 1989, p. 27) — enfim, produto do “biopoder” apontado por Foucault (1979), que deteve-se sobre as instituintes propriedades de “individualização” dos mecanismos disciplinares modernos e do “dispositivo de sexualidade”, do sujeito da ciência e da liberdade, do homem-empresa, resultado da sociedade neoliberal, ancorada no consumo. Por outro lado, a despeito da presença de noções compatíveis com o idioma dos nervos, não houve uma homogeneidade na apresentação da identidade psicológica nas camadas populares reveladas pelas cuidadoras das crianças atendidas no ambulatório de psiquiatria infantil. Pudemos perceber a diversidade dos suportes de identificação dessas cuidadoras e de suas expectativas sobre o desempenho e comportamento dos filhos/netos/bisnetos tanto na escola como em casa.

Na próxima categoria aprofundarei a ideia de identidade psicológica e, portanto, também de indivíduo em relação à consciência da doença enquanto sintoma psíquico. Neste caso incluirá a “problematização” e suas relações de causalidade.

4.6.2 Consciência da doença

Partindo da ideia de que não há uma “consciência única, espontânea e universal da doença” (Costa, 1987, p. 7), foi possível perceber nas entrevistas o conflito existente entre diferentes formas de experimentar a saúde e a doença, fruto de diferentes visões de mundo. De um lado, as mães/cuidadoras, representantes da camada popular de nossa sociedade, e do outro, profissionais da saúde, representantes da escola, a mídia e familiares, amigos e vizinhos que reiteram a hegemonia médico-científica, fruto do poder/saber médicos, comuns nas camadas média e alta. Tal fato é observável diante da menor iniciativa dessas cuidadoras em procurar à saúde mental: há sempre um apontamento, uma insistência e/ou uma pressão que partem de terceiros, identificados com o discurso cientificista/fisicalista. Além disso, diante dos relatos das cuidadoras foi viável a melhor compreensão de suas experiências de saúde e doença.

Iniciei a categoria anterior com a transcrição de parte da entrevista de Ruth na qual afirmava que não via “problemas” em seu filho, e que foi por insistência de sua mãe que buscou ajuda no hospital. Insisto com Ruth para que me diga o que vê de diferente em João Paulo:

Ai eu não sei dona, porque as coisas que ele faz assim é estranha né, porque ninguém vai ficar andando pela casa falando sozinho. Como se tivesse conversando, até uma conhecida minha falou: Ruth não deixa ele falar sozinho, isso chama espírito. E realmente eu via essa realidade né, porque como uma criança de 9 anos vai ter forças para quebrar um portão?

Isso que se eu dizer para senhora, a senhora vai falar que eu tô fora da realidade. Essa força vem de coisas malignas, coisas do mal com certeza, na minha consciência, entendeu? Porque ele fica falando sozinho, ele não tá falando com ninguém, ele tá falando sozinho. Eu acredito assim, porque eu sou espírita, então os espíritos escutam, aí ali que dá uma coisa nele assim, faz isso, faz aquilo, e ele vai fazer.

Não é que tem espírito, assim é porque na minha especialidade desde o momento em que eu não estou aqui conversando com a senhora, estou conversando sozinha, vai ter um espírito ali, lógico que vai. Entendeu? Então aquele espírito ali vai me acompanhar. Então cada momento eu vendo esse sair do ar como ele saiu, eu vou querer fazer coisas fora do normal. Então vai aproveitar o problema que já tenho, com outros e vai contrariar tudo como aconteceu com o João Paulo.

Não, eu acho que ele se aproveita por causa dessa maneira que ele se comporta de ficar falando só, sozinho com a paredes, andando pela casa. Porque eu acredito que as almas não morrem, a gente morre, as almas não. Então por que a gente tem que acender a vela para as almas? Eu sonhei com um parente meu que faleceu, por que eu sonhei? Porque essa pessoa quer luz. É o que me vem a respeito dele. É porque eu não vou botar isso na cabeça da criança, mas tem um espírito ali, então o que contraria ele com certeza ele ajuda né. Eu falei Jurandir, leva esse menino na igreja para o pastor fazer uma oração nele.

Eu não sei nem como te explicar, aquilo que veio perturbar a mente dele, tirar o equilíbrio dele.

Na sequência indago se o problema de João Paulo seria espiritual. Ruth afirma ter o problema físico e o problema espiritual. Pergunto: “E você acha que ele tem isso por que?”, ao que Ruth imediatamente responde: “família” e explica: “Família, antepassados, meu pai também tinha problema, ele é meio elétrico, minha vó, entendeu? Minha mãe fala que minha vó dava até os filhos, entendeu?”. Ela completa: “Assim... se não fazer o que ele quer, ele vem agredir e fazer coisas que ele não tem que fazer, tipo sistema nervoso”. Questiono então o que seria sistema nervoso para ela, e Ruth responde: “Ansiedade”.

Cristine conta que o primeiro contato que teve com o serviço de saúde foi na neurologia: “Tipo assim, ela o pegou e examinou e falou que neurologicamente tava tudo tranquilo mais que precisava estudar o nervo dele, porque ele é muito nervoso, nada acalma ele. Aí ela encaminhou ele para a senhora e daí pra lá eu só estou fazendo o que eles estão encaminhando”. No entanto, o que levou Cristine a procurar o serviço de saúde, ela conta nesse trecho:

Eu sou espírita, lá no meu centro, revelou que ele ia passar mal, o nervo dele, que ele ia ficar tão nervoso, que ele ia acabar passando mal mesmo, literalmente eu poderia perder ele. Então que eu fosse rapidamente procurar médicos que pudessem estudar isso, os nervos dele, a cabeça dele. Porque realmente quando ele fica muito nervoso ela fica quente, a cabeça dele se pôr a mão sente quente e pulsando, ele fica muito nervoso, só quem consegue acalmar ele é o meu namorado, nem eu consigo às vezes. E de novo depois de eu ter passado pela neuro, eles falaram que o nervo dele estava muito atacado, e realmente fiz umas promessas e ele ficou mais calminho, mas depois voltou tudo de novo. Eu não sei explicar para a senhora como ele fica, porque ele fica muito agitado. Eu vim pedir ajuda porque eu não entendo, eu não sei quando ele pode dar um ataque, eu não sei, então eu fico com medo. Tem umas crianças que dão ataque quando ficam muito nervosas e ficam se batendo no chão, fica se tremendo. Convulsão?!

Nesses dois casos, tanto Ruth como Cristine, fazem associações da condição dos filhos às explicações espirituais/religiosas, e assim, sugere sublinhar a importância da confluência da experiência da saúde e da doença com a religião nas classes populares. Na verdade, estas duas dimensões da vida social mantêm relações estreitas. Ambas através de estruturas cosmológicas que precisam ser consistentes e que integram na prática, “sistemas de cura” e “trajetórias terapêuticas”, nos quais fatos vivenciados ou classificados como religiosos são misturados com fatos vivenciados ou classificados como médicos, psicológicos ou psiquiátricos (Duarte, 2002). Segundo Duarte (2002),

muitos estudos pioneiros sobre as condições do pensamento mágico colocam em cena a oposição pessoa/indivíduo anteriormente abordado.

Eliane, assim como Ruth e Cristine, não procura ajuda médica por iniciativa própria. A pedido de sua mãe, durante uma consulta com a pediatra comentou a respeito do comportamento de seu filho José:

ele é uma criança muito agitada, ele quebra tudo, você pode ver ele tá o tempo todo aqui e não para quieto, se dá um brinquedinho na mão dele, quando vai ver o brinquedo tá sem roda, não pode contrariar ele que ele começa a gritar, quando ele cisma com uma roupa, ele só quer botar aquela roupa, blusa, ele não gosta de regata, se for botar regata nele, ele fala não quero. Aí tem que falar para ele, José a gente vai no médico e o médico mandou você botar uma blusa assim.

Segundo Eliane a pediatra encaminha José à Psicologia e esta faz um encaminhamento para a Fonoaudiologia e a Psiquiatria infantil. O que para Eliane não parece fazer muito sentido, já que ela não entende o que José está fazendo no acompanhamento psicológico:

porque ela também não chega e fala, mãe eu notei uma coisa assim, uma coisa assim. Foi o que a fono falou para mim, se quando você foi lá na consulta... porque as consultas que têm, a última foi desmarcada porque ela teve um probleminha, porque acho que ela vai sair, não sei, ela até botou no grupo, vou ver até se consigo remarcar de novo. Aí eu vou falar com ela, porque a fono disse que ele sabe falar direito, que fala direito não, que ele sabe as cores, que ele sabe contar, ele sabe o que é elefante, ele sabe o que é algumas coisas, então ela falou que não tinha necessidade, falou que ele pode não desenvolver algumas falas por causa da chupeta, porque ele chupa chupeta, entendeu?

No entanto, mesmo sem compreender muito bem, Eliane afirma que isso pouco a preocupa: “A procura em si é só para saber se ele tem alguma coisa, mas não tô preocupada não, tô preocupada com uma cirurgia que ele vai ter agora, que é uma cirurgia pouca, mas...” Pergunto acerca de qual cirurgia, e Eliane diz: “De hérnia. Isso que me preocupa bastante, porque a gente não sabe né, o doutor falou que é uma cirurgia bem rápida, que volta no mesmo dia para casa. Mas eu não me sinto nada, assim, preocupada com relação ao comportamento não”.

Mariana buscou ajuda médica para o filho Leon por insistência da madrinha do filho, que fez curso técnico em enfermagem e está se graduando também em enfermagem: “A madrinha do Leon disse que percebeu que o Leon ‘desconecta’ às vezes, de o

chamarmos e ele não escutar, que eu, com certeza, deveria levar ele ao médico”. Em relação à consulta na pediatria conta:

Eu fui à pediatra com ele em novembro, mas a pediatra mal olhou para ele, perguntou o motivo de estar lá, eu disse que era pelo atraso na fala, que eu tinha negligenciado o Leon. Ela falou com ele, ele não respondeu a ela e ela me disse que ele não falava porque ele não queria falar naquele momento, mas o encaminhou para o neurologista e para a fonoaudióloga. Consegui marcar o neuro por 2 vezes em dezembro, mas ele não compareceu a consulta. Como já tinha gastado R\$50 de passagem eu ia precisar esperar o mês de janeiro para marcar novamente. Com ajuda de uma amiga, consegui marcar essa consulta com a senhora aqui no infantil.

Pergunto à Mariana se ela própria havia percebido algo diferente no filho, ao que me responde:

Eu sempre achei que ele tinha um problema no sistema nervoso, pela forma que às vezes ele balança a cabeça, pelo jeito que ele fica nervoso quando brigamos ou contrariamos ele, sempre achei que ele tinha um pouquinho de hiperatividade e algum problema nervoso, porque minha mãe tem (ela treme muito a mão). Minha mãe tem problema nos nervos. Minha bisavó tinha Parkinson e eu, quando fico com ansiedade, sinto uns formigamentos, inclusive no rosto. Então eu sempre acreditei que o problema dele fosse nervoso, mas quando as pessoas, no caso a madrinha e as vizinhas começaram a falar comigo, aí fiquei preocupada. Fico preocupada que meu filho possa ter alguma particularidade por vários motivos, como se acontecer alguma coisa comigo quem vai cuidar dele? Será que ele vai conseguir um trabalho? Será que vão conseguir construir a vida dele? Porque sou mãe solteira.

Anna Cláudia procura o serviço de saúde por insistência da escola:

a escola está reclamando dele desde depois da pandemia. Ele não é muito de fazer amizade, ele é muito retraído, até ele pegar confiança na pessoa de falar, de brincar, demora. Ele não é aquela criança que chega e já quer falar e brincar com todo mundo, com isso a professora falou que ele não interage muito com as crianças e nem com ela. E aí, a professora diz também ter dificuldades de escutar a voz dele para ele ler, e ele sabe ler e escrever, sabe matemática, sabe tudo, mas ele não transfere isso para a professora, ela quer que ele seja mais participativo. A professora quer escutar a voz dele.

O mesmo é relatado por Anna Beatriz, que tem a “problematização” da filha pontuada através da sinalização da escola: “Porque ela tem muita dificuldade na escola, de concentração, de aprendizagem, até na hora de escrever, na hora que ela vai aprender as letras, ela grava na hora, mas depois esquece e aí é necessário ficar insistindo até ela conseguir gravar”.

Costa (1987, p. 7) observa que “a consciência da doença não é um fato psíquico natural e automático como a representação de um estímulo doloroso ou prazeroso”, e desta forma, varia individualmente e obedece a regras de construção variáveis no tempo e espaço. Assim, no discurso dessas cuidadoras encontramos a presença marcante do

idioma dos nervos, ou seja, diante da representação do adoecer mental comum a esta clientela, que é a doença dos nervos. E assim sendo, a objetivação do mal-estar psíquico como doença ou sintoma parece imposta de fora, seja por profissionais de saúde, reiterada por leigos (familiares, amigos, educadores etc.) ou pela difusão através dos meios de comunicação de massa de assuntos relativos à saúde e doença mental. Logo, a hegemonia médico-científica ou o poder/saber médicos pressionariam cada vez mais os indivíduos a converterem sentimentos de desconforto em elementos nosológicos, e por isso, Jussara é apresentada como “imperativa”, ao invés, por exemplo, de levada e mandona.

Costa (1987) propõe que o mal-estar vivido por esta população também tenderia a ser vivido como originário do corpo. Isso justificaria certas expressões como: “a cabeça dele se pôr a mão sente quente e pulsando”, “Eu sempre achei que ele tinha um problema no sistema nervoso, pela forma que às vezes ele balança a cabeça”, “o nervo dele estava muito atacado”, entre outras. Acima de tudo, como anteriormente abordado, *Nervos* se refere a um fenômeno polissêmico, cujos sintomas se apresentam de forma polimorfa e imprevisível, podendo comprometer quase todo o corpo e as funções orgânicas, inclusive as mentais e sociorrelacionais, e vão desde a ansiedade ou um mal-estar indefinido até crises convulsivas, passando por formigamento, Parkinson, “quentura”, “dar os filhos”, “ser elétrico”.

Citando o artigo de Maria Cristina Souza (1983), “Doença dos Nervos: uma estratégia de sobrevivência”, Costa (1987) argumenta que a localização no corpo de todo e qualquer mal-estar se deve tanto à lógica da dominação de classe quanto à forma particular pela qual os indivíduos codificam simbolicamente a experiência corpórea. A autora busca demonstrar em sua pesquisa que a doença dos nervos seria o produto de um duplo deslocamento de fatos sociais como a miséria e o desemprego. O deslocamento do registro do conflito de classes para o registro de conflitos individuais se associaria ao deslocamento da esfera da consciência crítica para a esfera da consciência da doença, na qual ao mesmo tempo é exposto e ocultado. Desta forma, os sentimentos de “fracasso”, “exploração” e “insegurança” sociais seriam convertidos em problemas psiquiátricos e sua gênese atribuída à doença dos nervos.

Partindo do apoio teórico em Boltansky, a autora apresenta como os indivíduos que exercem profissões manuais tendem a conferir ao corpo e à atividade corporal o papel de referente privilegiado de suas experiências culturais. E assim, o valor do corpo, excessivamente desenvolvido na vida social, atrai o universo simbólico e adota, a título de princípio explicativo ou de fonte original, fenômenos que em outros grupos culturais

poderiam ser referidos à área da linguagem, ação, afetos, representações imaginárias etc. Neste caso, esse progresso entendimento mental com relação ao valor do corpo está na origem da doença dos nervos, esta condensaria uma ideia de causalidade ao valor que tem uma determinada imagem do corpo na formação de uma certa identidade ego-narcísica.

A aproximação entre a doença dos nervos e o sistema nervoso, do ponto de vista semântico, traz como consequência a ideia de tratar-se de uma afecção neurológica, daí a busca e os encaminhamentos para a neurologia: “Então você acha que o Bryan tem problema de nervos? - Não sei, mas ele tem alguma coisa na cabeça dele. Tem alguma coisa neurológica na cabeça dele”. E a reivindicação muito natural para o tratamento medicamentoso: “Que é onde eu acho que ele tem que tomar um remédio né, para relaxar esse pulso dele”, “só para quando toma o remédio”, “na minha visão, meu filho não tem um diagnóstico, se ele tiver um problema nos nervos, ele vai tratar com medicamentos para ele ficar mais calmo, para não crescer e ficar tendo essas crises de ansiedade igual a mim”. No entanto, não há uma correlação direta entre o sistema nervoso, estrutura anátomo-fisiológica, e o sentir-se nervoso: “ela o pegou e examinou e falou que neurologicamente tava tudo tranquilo mais que precisava estudar o nervo dele, porque ele é muito nervoso, nada acalma ele.” Para Costa (1987) o conteúdo do termo “sistema nervoso” ou de seus equivalentes estaria semanticamente referido ao psiquismo e não ao corpo.

Não obstante a aparência “organiforme”, o “sistema nervoso”, em sua figuração espacial, estrutural e funcional tem afinidade com a noção de sistema psíquico e não com a noção de sistema orgânico. Como o sistema psíquico, o sistema nervoso está em toda parte e em lugar nenhum (Costa, 1987, p. 23).

Assim sendo, o emprego da expressão nervos, nervoso ou seus correlatos não está tão próximo da ideia de uma doença orgânica: “não tô procurando doença para ele”, diz Maria em sua entrevista. Ou Mariana, que sempre acreditou que a questão do filho fosse de nervoso, mas quando a madrinha da criança aponta a necessidade de ir ao médico e aproxima a questão ao orgânico, aí sim fica preocupada.

Para Costa (1987) haveria uma consciência da dimensão psicológica daquilo que se enuncia como um distúrbio orgânico. Tal afirmação é particularmente observável na entrevista da Maria. Esta inicia sua narrativa querendo saber “o que esse menino tem”:

é assim, vê o neuro, faz isso, faz aquilo, faz BERA para ver se está ouvindo, eu fiz. Agora a última me mandou fazer tomografia, eu fiz, mas quando você vai no médico também, eu não consigo marcar mais, entendeu? Porque o médico que pediu já não está mais lá na clínica que eu levei, já saiu. Aí eu fico com os exames todos na mão e ninguém me dá um posicionamento do que esse menino tem.

No entanto, no decorrer da entrevista ela vai fazendo associações e conclui:

Eu tenho essa consciência, que ele foi criado em casa, ele ficou quase dois anos comigo em casa, que eu entrei de licença. Entrou a pandemia quando eu ia voltar, aí ele ficou comigo. Quando eu voltei a trabalhar, eu já percebi a diferença que mudou... não estava mais em casa, ele ficou com minha mãe, que ele já foi diminuindo a questão da alimentação. Ele foi para a creche bem depois, eu fiquei em casa com ele, fiz a adaptação dele na creche. Ai depois voltou aquele período que abriu as portas, mas no meu trabalho não voltou ainda, a gente voltou só depois, aí eu fiquei com ele. Quando eu voltei a trabalhar, que eu realmente eu saí de casa para trabalhar, e ele ficou em casa e depois foi para a creche, eu senti que ele fez essa mudança, de não comer, por exemplo ele não aceita levar colher na boca.

Ou seja, Maria vai associando a sintomatologia da criança, de apenas 3 anos, a sua separação com o início da jornada de trabalho, se distanciando assim da explicação puramente orgânica sobre a origem dos problemas do filho.

Na mesma direção, quando Anna Claudia discorre sobre a questão do filho, ela demonstra discordar da escola na busca por um diagnóstico psiquiátrico, já que para ela é clara uma causalidade psicológica, demonstrada a partir da história dos acontecimentos ligados à pandemia de Covid-19:

ele estudava em uma outra escola particular e ele brincava com todo mundo, falava com a professora, nunca tive reclamações, depois que ele entrou pra essa escola era pré I, ele gostava de ir para a escola, mas aí veio a pandemia e ele começou a ficar mais em casa, ia pouco nos avós, quando voltaram as aulas, 3 dias tinha aula e depois não tinha mais, e as crianças não podiam interagir muito, ficavam mais separadas, aí depois quando voltaram todas as crianças que começaram a perceber isso nele, mas isso é mais na escola. Quando ele conhece alguém, ele não sai falando pois ele tem vergonha, mas ele faz amizade quando vamos à praia, brinca quando vamos ao parque, em casa ele fala pelos cotovelos. Ele é totalmente diferente na escola e em casa.

Mariana também vai fazendo associações ao longo da entrevista:

Porque sinceramente pra mim o que ele faz é pirraça. Eu não vejo problema nele, balançar as mãos e fazer pirraça pra mim é normal. Como por exemplo uma vez estávamos na praia, ele estava brincando com um balde de areia, ele pegou esse baldinho e jogou a areia no rosto de um homem que estava lá na praia, eu pedi desculpa para esse homem, disse ao Leon que ele não poderia fazer aquilo e disse que ele iria se sentar ao meu lado, com isso ele fechou o olho, e ficou mexendo a mãozinha dele e com a boca assim, e a madrinha dele que estava disse que a reação dele não era normal, eu disse que era pirraça, e ela insistiu que não era um comportamento normal, que eu tinha que procurar um médico, eu disse quer ver ele melhorar? Disse “Leon, vamos na água com a mamãe?” Na mesma hora ele levantou e eu olhei para ela e disse, “Está vendo como é pirraça? Na minha concepção é normal criança fazer pirraça, e eu entendi que era uma pirraça, ela dizia que não era porque ele ficou parado igual uma estátua e esse comportamento dele era pra chamar a atenção pra mim e foi o que eu disse para ela.

Observamos nesses trechos alguma capacidade de intimização, interiorização psicológica e autoexame, o que poderia aproximá-las do modelo simbólico psicológico-psiquiátrico, ou seja, de indivíduo. No entanto, os princípios de igualdade, liberdade, autonomia, autodeterminação e singularidade, tão comuns nas classes médias urbanas, não estão presentes. Ao contrário, é notório um discurso subordinado àqueles que supostamente são detentores do saber/poder, tais como médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, professores, pedagogos, ou mesmo de familiares que apontam a necessidade de ir ao médico: “Aí eu fico com os exames todos na mão e ninguém me dá um posicionamento do que esse menino tem”, “eu vim pedir ajuda porque eu não entendo”, “mas não sei o que é isso, eu queria que as pessoas me explicassem direitinho”. E aqui cito Costa (1989):

Desde o início, o cliente do serviço público, além da consciência da sua doença, tem bem clara a consciência de seu estado de *cidadão doente* e da diferença cultural que o separa do terapeuta: ele vai ao consultório para falar de seus problemas a alguém que usufrui de mais direitos civis que ele; que pertence a uma classe social superior à sua; que se veste, fala e se porta de um modo que não é o seu; que ele não escolheu para ser seu médico e vice-versa; a quem ele não tem o direito real de pedir, por exemplo, para ser atendido mais vezes se precisar; a quem ele vê como lhe prestando um favor, quando é bem atendido; que ele teme contrariar, pois sabe que não pode dispensar seus serviços, caso não esteja satisfeito; de quem ele muitas vezes tem medo, porque sabe que o *doutor* detém o poder burocrático-funcional de mandá-lo de volta ao trabalho em casos de auxílio-benefício etc (Costa, 1989, p. 31).

É possível perceber nas entrevistas a presença de um modelo de experiência da saúde e da doença mais holista, centrado na pessoa, como nos dizia Duarte (2002), já que,

como diz Ruth, o problema do filho é físico e também espiritual, e a causalidade estaria na ancestralidade do nervoso, apontada também por Eliane, Mariana, Maria Das Graças e Cristine. O tratamento seria orientado pelos médicos, mas também pela mãe de santo e pelo pastor.

4.6.3. E a escola ...

Aqui busco relacionar as falas das mães com suas experiências e vivências envolvendo a escola. A maioria desses relatos conecta a insistência dos agentes escolares com a busca ao sistema de saúde, além do entendimento de que haveria um olhar escolar diferenciado, um seja, um projeto pedagógico individualizado, a partir de um laudo médico.

Maria pontua em sua entrevista que muito se preocupa com o início da vida escolar de Paulo, com 3 anos: “se ele for para escola sem um papel, ele vai ficar largado, entendeu? Para trás” e acrescenta “É, porque assim, ele vai ficar para trás. Ele é muito inteligente, sabe número, sabe cor, sabe o alfabeto de cabo a rabo, ele sabe tudo. Mas assim, se não pegar um profissional também na escola, que olhar para ele com o olhar diferenciado, ele vai ficar para trás”. Maria gostaria de um laudo com um diagnóstico psiquiátrico para que Paulo tivesse direito a um mediador em sala de aula:

ele vai ter direito a um acompanhante, mediador. Que vai ajudar ele mais na escola. Porque ele vai sair da creche, a creche é mais para ele brincar, não tem aquela responsabilidade de escrever, de conhecer letras. Quando ele for para escola, vai começar o período de alfabetização, entendeu? Vou precisar que fique alguém com ele.

Eliane também relaciona a possibilidade de um laudo, ou seja, de um diagnóstico psiquiátrico, à vida escolar do filho José, com 4 anos:

Porque eu quero alguma coisa, um laudo mais detalhado. O que acontece, eu quero botar ele na escola esse ano, ele não está na escola ainda, mas só... igual eu falei para minha mãe, mãe eu quero procurar uma escola especializada, se ele tiver algum grau de alguma coisa. Porque imagina se eu botar ele em uma escola, depois ter que tirar ele de uma escola, num período que ele está se adaptando, para procurar outra que se adapta a necessidade dele. Porque você sabe que assim, tem que dar atenção para aquela criança que é especial, e nem toda escola a gente vê isso. Então queria saber um laudo preciso para ele poder ir para escola.

Maria das Graças se sente pressionada pela escola:

Porque eu tenho pressão alta, vem de família, e essa situação me deixa mais nervosa, porque eu chego na escola e todo dia tem reclamação, ele fica o horário normal de uma criança na escola, ele fica em um horário reduzido. Quando chego na escola tem reclamação da professora, da coordenadora que tem que ficar o tempo todo com ele em sala de aula.

E assim como Eliane e Maria, ela acredita em uma mudança da escola diante de um laudo: “Ele vai ter que ficar numa sala com uma profissional que realmente saiba lidar com ele, para ele ter um estudo, porque mesmo com problema ele precisa ter um estudo, um ensino né, pra ele estudar e ser alguém na vida”.

Da mesma forma que Maria das Graças, Anna Cláudia também se sentiu pressionada pela escola:

É porque eu não o vejo na escola, eu só sei como ele é em casa e comigo. Elas até me perguntaram se eu não achava que ele precisava de um tratamento e eu respondi não sei, primeiro que eu não sou médica, segundo que eu não o vejo sendo dessa forma que vocês estão falando em casa, eu já expliquei isso pra elas. Eu marquei aqui ano passado uma triagem com o psicólogo, mas existe uma fila de espera, eu precisei esperar para ele ter atendimento, mas a escola ficava pressionando perguntando se eu já o tinha trazido. A escola o tempo todo perguntando se eu já tinha procurado atendimento, e eu explicando da fila de espera. Em dezembro eu vim e ele já estava para ser chamado, e elas pensavam que a demora era porque eu estava largando para lá, com isso eu levei os cartões com as datas e depois disso elas pararam de pressionar.

Isadora conta que Renato, 10 anos, já foi expulso de inúmeras escolas nas quais estudou. Inclusive a sua vinda ao ambulatório estaria ligada à possibilidade de ser expulso da escola em que estuda atualmente: “agora recebi outro relatório da escola pois ele está para ser expulso novamente dessa outra escola por causa do comportamento dele, ele já foi até trocado de sala”. Isadora acredita que existem diferenças importantes entre a escola pública e a escola particular, principalmente no que tange ao quesito expulsão: “Há uma grande diferença entre escola pública e particular. Uma amiga trabalha em colégio particular disse que no particular a escola abafa muita coisa porque não quer perder a criança e no público já não é assim, se tiver que expulsar, vai expulsar e pronto”. E assim como as outras mães anteriormente citadas, sente a pressão da escola:

Quase todos os dias quando vou a escola, até para buscar a irmã dele, eu recebo reclamações do Renato, sou chamada na direção. Já o pus de castigo, já tirei tudo que ele gosta, mas já não sei mais o que fazer e se você me desmoronar já era, fica difícil para mim, eu já durmo e acordo pensando o que eu vou receber na porta da escola. Eu não estou aguentando mais, estou ficando sem saúde.

E acrescenta:

Eu preciso que ele se acalme, que essas reclamações na escola parem, não dá, sou chamada quase todos os dias pela escola. Ele está atrapalhando outras crianças, segundo eles. A professora dele outro dia teve até que tomar um calmante, não estava aguentando. Eu falei lá na escola, já fiz de tudo, não sei mais o que fazer, só se eu espancar ele ou então dopar ele, vou ali na farmácia, compro um tarja preta e depois ele, aí passa mal, vão chamar o conselho tutelar. Não tenho mais recurso, não sei mais o que fazer, não sei mais o que eu faço.

Ela também acredita que com um laudo a relação com a escola melhoraria: “Porque caso aconteça algo que ele realmente seja expulso, eu tenho como segurar ele na escola com o laudo e para escola ver o que está acontecendo, até para me ajudarem, pois a escola já está acostumada a lidar com crianças especiais”. Além disso, percebe na escola uma demanda por medicação, como na entrevista da Maria das Graças: “porque tem uma pessoa especializada para cuidar dele, ela falou até de uma medicação para acalmar ele”.

Anna Beatriz define diagnóstico como: “um papel que a escola precisa”. Ela relata buscar ajuda médica para sua filha Jussara por insistência da escola: “Porque eles disseram que ela tinha TDAH ou hiperatividade, para ela ficar em uma sala especial para ter mais atenção”. Inclusive a maior atenção da escola só ocorreria através de um laudo, ao que Anna Beatriz afirma: “Vai mudar na escola, mas em casa não mudaria porque eu dou a devida atenção a ela, explico o dever e busco ajudar com as atividades, por isso, em casa não mudaria tanto porque é algo que eu já faço”.

Diante destes trechos das entrevistas é possível observarmos o ‘efeito de arco’ (looping effect), conceito de Ian Hacking (2006) abordado em capítulo anterior. Poder-se-ia sugerir que a maior parte das crianças com algum diagnóstico psiquiátrico acaba apresentando um feedback positivo, em resposta ao seu modo de vivenciar a condição e ao modo como a família e a escola passam a tratá-la após tal diagnóstico. Esses comportamentos reforçam as características da doença, podendo fazer com que a criança se perceba como doente e aja como tal. Na medida em que há uma mudança na escola diante daquela criança que entra para o rol dos doentes, na crença de que haverá um tratamento eficaz para tal condição, ou seja, capaz de corrigir os comportamentos entendidos como desviantes, estaríamos diante do que Peter Conrad (Conrad; Schnaider, 1992) chamou de controle social. Este abrangeria o controle do desvio e a conformidade social. Aquele que foge das normas deve ser controlado, para que a sociedade, ou a família, ou a escola, voltem ao seu “estado normal”. Assim, a escola pressiona essas mães para que as crianças entrem o mais rápido possível no enquadre médico, e assim deslocam

o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções médicas, inacessíveis à educação.

Assim, possuir um diagnóstico psiquiátrico por uma instituição oficial leva a uma mudança de comportamento, não só nas crianças diagnosticadas, assim como em toda a sua rede social — que, por sua vez, acaba também por influenciar essa criança, e assim por diante. O que nos leva a sugerir um efeito de arco com feedback positivo é a aceitação e o reforço das características pelas quais foi feito o diagnóstico, que devem então ser tratadas para que o meio volte à normalidade. A escola, cheia de alunos, não tem condições de lidar com essa conjuntura e, muitas vezes, transfere a responsabilidade por uma criança considerada problemática para o sistema de saúde. Como o sistema de saúde está estruturado de forma a diagnosticar e tratar doenças, geralmente dará aos que o procuram um diagnóstico e um medicamento.

4.6.4 E o cuidado ...

No capítulo intitulado “O cuidado”, esse conceito foi abordado através de uma ótica antropológica e filosófica. Relacionando tal conceito às entrevistas das cuidadoras, procurei entender o que para elas seria um “bom cuidado” oferecido. Essa compressão permite refletir sobre como este é diferentemente performado em determinadas situações. Seguindo o chamado de pesquisadoras feministas para “pensar com (o) cuidado” (Puig de la Bellacasa, 2017), analiso quais são os bons/bens que essas mães/bisavó buscam com suas práticas e os “maus” que querem evitar (Pols, 2015). Neste caso, a reflexão acerca do que estas reivindicações e dilemas suscitam, acabam por informar sobre suas práticas cotidianas de cuidado (Puig de la Bellacasa, 2017). Anteriormente no âmbito teórico foram apontadas duas importantes autoras neste campo no Brasil: Fazzione (2021) e Fonseca (2006), que tratam dos “arranjos de cuidado” e da “circulação de crianças”, respectivamente. Tanto os “arranjos de cuidado” como a “circulação de crianças” buscam o “bom cuidado” e, assim, nesta categoria procuro associar tais fenômenos às cuidadoras desta pesquisa.

Eliane diz em sua entrevista:

Quero que ele seja cuidado da forma certa, para mais na frente eu não ouvir ‘você sabia que eu poderia ter alguma coisa e você não cuidou?’. Tendo 4 anos, é melhor lidar agora do que mais para frente, e eu podendo correr atrás. Então eu quero saber, se é uma criança normal, é normal, se ele tem algum problema eu quero cuidar.

E completa:

porque igual eu falei com minha mãe, às vezes como a gente não sabe, a gente trata a criança de um jeito, aí quando a gente sabe que a criança tem alguma coisa, a gente procura olhar a criança com outros olhos. Se ele tiver alguma coisa, eu vou tratar ele como uma prioridade, adequar ele como eu adequo.

Cristine demonstra a mesma preocupação de Eliane: “Eu pensei de um laudo que eu possa ter certeza do que meu filho tem, para poder cuidar dele”. E acrescenta: “porque aí eu vou saber o que meu filho tem, o que eu preciso fazer quando ele tiver assim ou assado, porque eu não sei”. Ela acredita que o cuidado dele seria “bem maior”: “eu me considero uma mãe boa da forma que eu cuido dele, porém se eu tiver esse laudo provando que meu filho tem alguma coisa, eu quero ser bem mais mãe pra ele, quero cuidar bem mais dele, porque eu tenho muito medo de perder ele”.

Maria afirma algo semelhante: “eu gostaria de saber o que ele tem, até para eu poder ajudar ele, entendeu? Ah é autismo, então vamos tratar como autista, não é, tem uma outra coisa, uma outra questão, entendeu?”

Assim como Isadora, que diz:

Acredito que eles possam me dar um laudo onde diga que é ‘bagunça mesmo dele’, sem-vergonhice dele ou se ele realmente tem algum problema, até para eu ter uma explicação do que acontece, porque isso não é normal, uma criança de 10 anos se comportando do jeito que ele se comporta, toda hora tendo uma reclamação na escola. [...]

Isso me ajuda a ajudar ele, e me possibilita em ajudá-lo para eu entender o que está acontecendo e eu ver a melhor forma de lidar. Eu não sou de bater, mas se ele tiver esse comportamento simplesmente porque ele quer, se for sem vergonhice, eu posso dar uma ‘chinelada’ nele, porque ele tem consciência do que está fazendo ou se ele tiver um hiperativismo ou autismo, eu vou aprender a lidar com isso.

Tanto Eliane quanto Cristine, Maria e Isadora associam a obtenção de um diagnóstico e conseqüentemente de um laudo à possibilidade de oferecerem um cuidado mais adequado aos seus filhos. Tal crença aparentemente reside na expectativa de que a partir de um diagnóstico haverá um manual de como proceder diante de diferentes situações, como: “o que eu preciso fazer quando ele estiver assim ou assado”. E assim, a partir de um aval do saber/poder médicos relativos ao cuidado, ou seja, o que estaria supostamente “certo” ou “errado” neste cuidado, se sentem “mais mãe”, como diz Cristine, cuidando melhor. Neste caso, os “bons/bens” que elas buscam em suas práticas se inserem no contexto da medicalização da vida, na medida em que liga um fenômeno

social, “o cuidado”, à instituição da medicina, havendo uma expansão do poder profissional médico sobre esferas mais amplas da vida (Crowford, 2019).

É possível perceber também a ideia de que com o diagnóstico descartaria a possibilidade de alguma intencionalidade da criança, assim como a responsabilização das cuidadoras e da criança em determinado comportamento, já que havendo um diagnóstico, as ações e reações da criança seriam consequência da doença.

Mariana, quando questionada acerca das mudanças que ocorreriam após a obtenção de um diagnóstico para seu filho Leon, diz:

seria bom no sentido de ter mais paciência, porque ele é muito agitado então quando ele faz alguma coisa eu grito, ponho de castigo ou já quero bater, então tendo um diagnóstico eu vou ter mais paciência e vou entender que aquele comportamento, aquela reação é por conta do diagnóstico. Não sei como eu vou ficar emocionalmente em relação a isso.

Diante da mesma pergunta feita a Mariana, Maria das Graças responde:

Muda que ele vai ter um tratamento, eu vou ter mais paciência com ele, não vou pôr mais tanto de castigo. A psicóloga da minha madrasta já conversou comigo, que eu tenho que ter mais paciência com ele que tem que reprimir sim, mais está bem em que ter mais paciência, porque ele pode ficar agressivo, porque ele vem pra cima de mim para me agredir. Ela disse que tudo isso tem que ter paciência, é onde eu não estou conseguindo lidar, minha pressão sobe, fica nas alturas.

Já o que mudaria nela enquanto cuidadora a partir do laudo, ela afirma:

Muda, porque a gente para pra pensar que o meu filho não tem culpa de nascer assim, muitas vezes as mães culpam as crianças por serem assim, daí bate, espanca, mas não deve ser assim. Tem que parar e pensar, a gente precisa parar pra pensar que a criança tem um problema e precisa ser cuidado, não pode espancar, isso tudo mexe com a criança também.

Nos trechos acima, Mariana e Maria das Graças, diante do questionamento acerca das mudanças que ocorreriam nelas após o recebimento de um diagnóstico para seus filhos, apontam para a possibilidade de serem mais pacientes, o que inclusive relacionam ao controle do ato de “gritar”, “bater” ou até mesmo “espancar” a criança, como se o diagnóstico das crianças funcionasse como um interdito para elas. Neste caso, “os males” a serem evitados seria “espancar”, “bater”. Fica clara nas entrevistas uma dificuldade muito grande dessas cuidadoras em lidar, sob a ótica do cuidado, no exercício de seu lugar de autoridade, na colocação das regras e limites. Isso comunga com a fala de Ruth: “Porque eu acredito que na vida da criança tem que ter o pai e mãe, e essas coisas, assim

tem que ser mais o pai, porque o pai vem a botar o respeito, que ele não tinha comigo”. Ela aponta para o dualismo de gênero anteriormente debatido no capítulo “O cuidado”, no qual as mulheres estariam mais inclinadas às ações emocionais e aos homens caberia uma ética da justiça, em razão de sua maior racionalização.

Percebemos, portanto, algo semelhante ao que Costa (2004) afirmava na relação entre ordem médica e norma familiar no cultivo da infância no contexto brasileiro, marcado pelos médicos higienistas a partir do século XIX, que reagem com vigor contra o alto índice de mortalidade infantil. E assim, naquele contexto, a criança morta deixou de ser o “vetor da esperança religiosa dos pais”, e tornou-se um testemunho da incompetência, do descuido e da ignorância daqueles que cuidavam dela, como parteiras e escravas. Como representante do saber científico, o médico transformou-se no sacerdote do corpo e da saúde, com a tarefa de definir o que era “bom” ou “mau” para os indivíduos, suas famílias e a população (Costa, 2004). E assim, a norma familiar produzida pela ordem médica passou a necessitar da presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização (Costa, 2004), ou seja, dos profissionais da saúde. Esse fenômeno, partindo das falas das mulheres cuidadoras da pesquisa, parece deixar rastros até os tempos atuais, exemplificado na fala de Eliane: “José, a gente vai no médico e o médico mandou você botar uma blusa assim”. Tais rastros aparecem também na preocupação em se evitar a morte, contida na fala de Cristine: “quero cuidar bem mais dele, porque eu tenho muito medo de perder ele”.

No que tange aos ganhos diretos e indiretos com a obtenção de um laudo comprobatório da doença dos filhos/netos/bisnetos, além daqueles relacionados à escola, inicio com a fala da Maria das Graças:

Com um laudo eu consigo muita coisa, eu consigo hoje ir no médico ali e o que ele precisar eu vou conseguir com o laudo. Igual ele vai fazer uma ressonância agora e eu não consigo sem um laudo, o médico pede um laudo para tudo, tem que ter um laudo. Eu sofro muito, até para tomar vacina ele precisa de um laudo, porque tem certas vacinas que com o problema dele não pode dar. E também eu posso pegar um auxílio para poder cuidar melhor dele, melhorar a alimentação poder comprar uma fruta, pra comprar medicação e que possa melhorar a vida dele também. E tem também o vale transporte né, porque hoje eu tive que pagar passagem, tem motorista que deixa ele entrar por trás, mas outros não.

Roberta me diz que: “Muitas pessoas disseram que quando trazemos uma criança com problema no hospital, eles dão um laudo para levar no INSS”. E uma vez obtendo o LOAS para seu bisneto relata o que faria com o dinheiro:

Cuidar dele, porque as vezes ele precisa comprar o material escolar dele e não tenho de onde tirar, agora precisa dar o dinheiro direto na escola (o material já sai direto da escola), pois ele estuda em uma escola particular. Esse ano fizemos uma vaquinha para conseguir comprar o material e os livros dele, foi R\$350 o material e R\$300 os livros.

Maria das Graças e Roberta deixam claro que os ganhos diretos e/ou indiretos com o laudo estão associados ao cuidado das crianças, naquilo que Fazzione (2021) chamou “arranjos de cuidado”, marcados por possibilidades, desejos e improvisos. Assim, diante da possibilidade de receber o LOAS, pode-se realizar o desejo de melhorar a alimentação, comprar medicamentos, material escolar ou o vale transporte que oportuniza a locomoção; enfim, improvisos para viabilizar o cuidado. Neste sentido, num contexto de precariedade, incertezas e falta de garantias, portar um laudo daquele de quem se cuida apresenta-se como uma “oportunidade” (Savegnago, 2021). E assim, Fazzione (2021) ao definir “arranjo” aponta para o sentido de “dar um jeito”, “resolver”, ainda que com um caráter de improviso, um problema que se impõe cotidianamente.

Ao refletir sobre a dimensão dos “arranjos de cuidado” presentes nas relações aqui apresentadas, procurei apontar ao mesmo tempo para a forte dimensão de improviso presente nessas práticas cotidianas, para a falta de apoio, de políticas e de informação adequada nestes processos e para a sobrecarga que acomete estas mulheres, mas igualmente para a capacidade de decisão e resiliência das mães em encontrar caminhos possíveis para realizarem o cuidado de seus filhos, ainda que muitas vezes carreguem também o peso moral destes “arranjos” (Fazzione, 2021, p. 25).

Seja no Complexo do Alemão, zona norte do Rio de Janeiro (Fazzione, 2018) ou no município de Duque de Caxias, o sentido dado à maternidade e aos “arranjos de cuidado” são variáveis em cada uma dessas mulheres, sendo imprescindível afastar-se de uma “única verdade” sobre o tema e ampliar o debate sobre a necessária coletivização do cuidado enquanto dever do Estado. Para tanto, desvincular a figura materna da tarefa do cuidado individualizado com seus filhos nas práticas e condutas de saúde é tarefa urgente e necessária.

E assim, não se tratando de uma unanimidade, Maria diz: “não quero fechar o laudo dele para ganhar benefício nenhum do governo, eu nem tenho nenhum benefício do governo. Eu sou concursada, entendeu?”

No que tange à “circulação de crianças” (Fonseca, 2006) trago como exemplo a entrevista de Roberta, que cuida de seu bisneto Michel de 7 anos:

A avó dele, minha filha, engravidou aos 14 anos da mãe do Michel. E eu coloquei ela logo para trabalhar, ela começou a trabalhar bem novinha, com 14 anos. O pai da minha neta foi assassinado. Eu criei minha neta, a mãe do Michel. Depois a avó do Michel conheceu um rapaz que hoje é policial, morava em cima da minha casa, aí ela se casou com esse rapaz. Depois de ter casado com esse rapaz, a filha dela (mãe do Michel) foi morar com ela e começou a namorar escondido, com 13 para 14 anos, e com 15, ela engravidou do irmão do Michel, Bryan. Então o Michel tem um irmão de 8 anos, depois de 4 meses de nascido, minha neta engravidou do Michel, ainda no resguardo. Assim que o Michel nasceu minha neta foi embora e deixou a criança comigo. Nessa época, minha neta morava comigo, o Michel assim que nasceu teve bronquiolite e ficou 1 mês internado lá em Botafogo, a mãe ficou com ele na internação, sofreu muito com essa internação e a doença que ele teve e logo depois da alta deixou ele comigo e foi embora. Largou as duas crianças e ficou mais de 1 ano e meio sem vê-los.

E completa:

certo dia ela voltou falando: “Vó, eu vim buscar meus filhos para morarem comigo”, e aí respondi para ela que não era assim, que eu precisava ver como ela estava para eu deixar as crianças com ela, que já tinha conversado com a assistente social sobre tudo que aconteceu e ela me orientou que as crianças têm que ficar comigo, por enquanto. Conversei com a avó das crianças para pegar a guarda deles ou pelo menos dividir comigo, ela sempre diz que vai pegar, mas até hoje não pegou a guarda das crianças. A avó tem mais duas filhas com aquele policial. Agora, a mãe das crianças (25 anos) teve outro filho com o rapaz que ela vive, mas ela está melhor, trabalhando em um condomínio como secretária, não largou o vício da maconha, mas melhorou bastante.

Cláudia Fonseca (2006), partindo de suas experiências nos bairros periféricos de Porto Alegre, elaborou algumas hipóteses relativas aos valores e comportamentos em famílias de grupos populares, dentre elas: “que a unidade significativa de organização social é a família extensa; que essa família extensa prioriza laços consanguíneos à relação conjugal; e que a circulação de crianças entre diferentes mães de criação faz historicamente parte da dinâmica familiar desses grupos” (Fonseca, 2006, p. 22). Podemos observar tais hipóteses de Fonseca (2006) se confirmarem na entrevista da Roberta. Segundo Fonseca (2006) “uma mãe biológica quase nunca considera ter abandonado seus rebentos” (Fonseca, 2006, p. 36), já que “mães que entregam seus filhos a outros consideram que sacrificaram suas prerrogativas maternais em benefício destes”

(Fonseca, 2006, p. 36). E assim, pode haver diversas mães concorrendo pelo mesmo filho, como relatado por Roberta.

Ao contrário das crenças baseadas na psicologia que são próprias das classes médias, para Fonseca (2006) o papel do pai e da mãe responsável, nos grupos populares, não é o de manter uma relação emocional apropriada com sua criança, mas sim o de assegurar que certas necessidades “objetivas” sejam atendidas. Neste sentido, nas entrevistas das cuidadoras desta pesquisa é possível perceber que as preocupações em torno do cuidado se referem a necessidades “objetivas”, como alimentação, material escolar, locomoção. Nesse sentido, interessada em aprofundar o que seria a infância para essas cuidadoras foi estabelecida a próxima e última categoria.

4.6.5 E a infância ...

Tendo como horizonte teórico a afirmação de Bernard Nomine (2001) de que a infância seria mais reconhecida quanto mais rico e culto o meio em que está inserida, e partindo das noções de cuidado trazidas pelas mulheres cuidadoras desta pesquisa que se utilizam de “arranjos de cuidado” e da “circulação de crianças”, adentro seus conceitos de infância.

Ruth acredita que criança, assim como qualquer ser humano, tem que “ter horário para tudo”, comendo três refeições ao dia:

Ele não se contenta com uma refeição, tem que dar 2 ou 3 refeições. Ele não se contenta com horário das atividades, horário de banho não quer tomar banho. Entendeu? Acha que ele tem que dormir nas horas que quer. Entendeu? Tem que fazer tudo do jeito dele. Para mim é fora do normal, porque o ser humano tem horário para tudo. Para mim sim, eu acho assim né, hora para acordar, hora para dormir, hora para comer, hora para tomar banho, hora de brincar. Para ele não tem hora, se ele cismar de ir para rua 11 horas da noite e achar que tenho que ficar com ele, eu tenho que ficar com ele ali. Como lá é comunidade as crianças têm essa liberdade de ficar até tarde, aí ele acha que tenho que ficar com ele até tarde, ele acha que tenho que aceitar isso, e eu não aceito isso.

Na descrição de Ruth podemos perceber a dicotomia conceitual, usada por historiadores, de “a criança como adulto em formação” frente à “criança como adulto incompetente” (Aries, 1960 *apud* Fonseca, 2006), o que segundo Fonseca (2006) ajudaria a esclarecer diferenças de atitude entre as classes média e as classes populares. Como

anteriormente apontado no capítulo um, as classes médias atribuem à criança uma série de fases de desenvolvimento, tanto emocional quanto intelectual, exigindo em cada uma delas cuidados especialmente adaptados e ministrados por adultos específicos. Essa visão de infância, de um adulto em formação, desdobramento das ciências ditas “modernas”, psicologia e pedagogia, não se separa de um certo contexto material, sobretudo naqueles nos quais a escola e a família nuclear desempenham os papéis principais de socialização, e onde a criança é inserida em uma estratégia familiar de ascensão socioeconômica a longo termo (Fonseca, 2006). No caso de Ruth, diferentemente, a criança é vista como “um adulto incompetente”, ou como ela própria diz, igual a qualquer ser humano. Suas preocupações dizem respeito principalmente à manipulação do ambiente externo, sem referências à manutenção de uma relação emocional apropriada com sua criança, e sim focada em aspectos “objetivos”, como os horários para acordar, comer e dormir, e as solicitações por comida mais do que as três refeições ao dia possíveis de serem por ela providenciadas. Como Ruth diz, as crianças da comunidade têm liberdade de ficarem na rua até tarde, local onde ocorre a socialização, com os perigos inerentes a esta circulação, em contraposição às crianças que permanecem em seus apartamentos, indo de casa para a escola.

Assim como Ruth, Maria demonstra muita preocupação com a alimentação:

É brincar, isso ele faz, ele brinca, corre, fala, mas tem essa questão alimentar que ele não aceita nada salgado, nada! Criança tem que comer de tudo! Ele só quer comer ovo ou pão ou biscoito ou leite ou mamadeira, entendeu? Feita a base de vitamina, não come uma fruta, raramente eu consigo esconder uma fruta batida no leite para dar a ele.

Distintamente de Ruth e Maria, Mariana tem outra visão de infância: “Ser criança é brincar, ser feliz, ter momentos com a família, de aprendizado, desenvolver, ter um bom apoio familiar para ajudar nas coisas, ajudar a ser um bom ser humano, não sei explicar muito bem”. Neste caso, observamos uma descrição mais identificada com os ideais da psicologia e da pedagogia, sendo ela a única das entrevistadas a apontar especificamente para o desenvolvimento.

Anna Claudia, em sua resposta acerca do seu entendimento de infância, reflete sobre a criança normal: “uma criança que brinca, conversa, sabe pedir as coisas, sabe ler, não tem problema para dormir nem para comer, não vive muito em hospital, doenças, resfriado, essas coisas”. Neste caso, há uma mescla das duas visões, aponta tanto para

questões objetivas como comer, dormir ou ficar doente quanto para noções referenciadas ao aprendizado, “sabe ler”.

Eliane, Cristine e Anna Beatriz são econômicas em suas descrições. Para Eliane é “brincar, ter bastante saúde, pular”; Cristine diz: “criança é brincar, ser feliz”; já para Anna Beatriz, ser criança é brincar e correr.

Na descrição de Roberta, também preocupada com a normalidade e confusa com esta: “Criança normal é levada mesmo, mas tem uns que param em um canto, que eu acho um pouco estranho, que nem ele, ele fica muito parado no canto, e quer ficar vendo desenho o tempo todo, briga com o irmão direto”.

Já para Isadora: “Consegue se concentrar, quando você pede pra ficar quieto fica quieto”. Maria das Graças acredita que criança é aquela que “a gente põe sentada no canto e fica”. Isadora e Maria das Graças parecem confundir definição com desejo, ou seja, desejosas de que suas crianças fiquem paradas, quietas, proporcionando um menor trabalho (“trabalho do *care*”), assim descrevem o infantil.

Nas conjunções entre concepções de infância e o cuidado, para Fonseca (2006) parece fundamental a existência nas classes populares do entendimento de que a criança seria como um adulto incompetente para viabilizar a “circulação de crianças”. O que pude observar nas entrevistas foi uma mescla entre estas duas visões, a do adulto em formação e a do adulto incompetente, com um predomínio deste último. De qualquer maneira, a fragilidade infantil é vista em termos materiais (de saúde etc.) antes que psicológicos.

Na família moderna, herdeira da burguesia e acentuada nas camadas médias de nossa sociedade, a criança é um veículo central de um projeto de longo prazo, calcado no êxito escolar e digno de sacrifícios imediatos. Com uma percepção linear de tempo, acredita-se que para as crianças terem sucesso na vida, germe do sujeito empresarial, é necessário um investimento contínuo e coordenado dos pais, no qual cada indivíduo lucra com as consequências de seus atos e as relações sociais são “construídas”.

Já nas classes populares, Fonseca (2006) argumenta que o contexto histórico contribui pouco para a crença no tempo linear. “Desemprego, inflação e outras condições adversas, que não dependem da vontade individual, têm, em repetidos casos, reduzido à pó anos de esperança e investimento” (Fonseca, 2006, p. 133). Nem mesmo a carreira escolar é passível de restaurar a fé das pessoas, já que a evasão escolar, a dificuldade na obtenção dos livros, professores insatisfeitos e mal pagos, projetos pedagógicos insuficientes, o programa de aprovação automática, um mercado de emprego pouco alentador, ultrapassam de longe a vontade individual de vencer na vida.

Os valores familiares fazem parte desta mesma visão de mundo. A criança é vista como um ser precioso, motivo de prestígio, aliado útil, objeto e fonte de afeto – tudo, menos obra a ser construída em através de etapas progressivas (Fonseca, 2006, p. 134).

Diante deste olhar sobre o que seria ser criança para estas cuidadoras deixo em aberto a discussão acerca da possibilidade de estarmos diante de “crianças sem infância”. Sob a ótica do infantil como um adulto incompetente, estaríamos diante da imposição de que se transformem em adultos precoces? Martins (1993) se debruçou sobre o tema e apresentou um painel abrangente, no qual discute o que é ser criança nas periferias brasileiras, em diferentes situações e lugares. Lançadas prematuramente num modo de vida adulto, segundo Martins (1993), o tempo dessas crianças passaria a ser ocupado pelo tempo do adulto, do trabalho, da exploração e da violência. E assim, seriam reproduzidas e ampliadas as carências de amor e outras, associadas à exclusão das famílias do mercado de trabalho, do trabalho incerto, do salário insuficiente e também da carência de justiça (Martins, 1993). Isso posto, termina por aqui a análise dos dados da pesquisa e assim seguem-se as considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percorremos os aspectos teóricos relativos à construção da infância, no que tange ao modelo eurocêntrico, e chegando à sua relativização, a partir da apresentação de outras infâncias, particularmente as do Sul Global. Comentamos o contexto brasileiro, tanto no que concerne ao “cultivo da infância” nas suas intersecções com o campo da medicina higienista, como à ascensão dos direitos da criança no Brasil. Expomos também o histórico da Psiquiatria Infantil no Brasil e no mundo, com os principais aspectos da agenda política da saúde mental infantojuvenil brasileira. Apresentamos a classificação vigente na Psiquiatria da infância e adolescência, tanto a formulada pela Associação Psiquiátrica Americana, em sua quinta edição, quanto a da Organização Mundial da Saúde, em sua décima edição, com maior ênfase nesta última. Discutimos os principais diagnósticos presentes no ambulatório da pesquisa, associados a uma abordagem crítica e aprofundado o conceito de “efeito de arco” (*looping effect*), cuja definição foi estabelecida pelo filósofo da ciência Ian Hacking (2006).

Apreciamos ainda algumas das intersecções entre a Psiquiatria e a Antropologia Médica/da Saúde, apresentando contribuições da Sociologia e da Filosofia, para a melhor compreensão das possíveis fronteiras conceituais existentes entre o normal e o patológico, e das diferentes experiências de saúde e doença, resultado de diferentes visões de mundo. Desta forma foi possível ampliar o horizonte teórico referente às representações que a classe popular tem do sofrimento psíquico, o funcionamento dos seus símbolos, nos quais operam significantes e significados, com seus sistemas e unidades de linguagem. Neste caminho buscamos compreender a doença dos nervos, em sua relação com as classes populares, além do entendimento em torno do cuidado.

Empreendemos todo este percurso teórico em torno da problematização dos diagnósticos psiquiátricos infantis, inseridos no debate das formas diferenciais da experiência da saúde e da doença entre diferentes atores sociais, objetivando articular com o material de campo analisado. Agora é possível tecer algumas considerações finais, a título de conclusão deste estudo. Para tal, nos remetemos às perguntas orientadoras que serviram de base para a navegação desta dissertação, a saber: 1) quais os sentidos atribuídos aos diagnósticos psiquiátricos infantis pelas cuidadoras das crianças em tratamento no hospital pediátrico desta pesquisa? 2) a força dos nervos poderia ser pensada na saúde mental dessas crianças ou estamos diante de outra forma de expressão,

como por exemplo “crianças descabeçadas”? o que seria estar descabeçado? Teria relação com sofrer dos nervos? teria um sentido holista ou estaria mais próximo da medicalização da vida? 3) de que maneira essas pessoas se apropriam do vocabulário médico? Como as categorias por eles estabelecidas conversam com as concepções da biomedicina? 4) existiriam ganhos, vantagens e direitos diretos e/ou indiretos que estes diagnósticos poderiam proporcionar? 5) como fica o cuidado destas crianças, a partir do momento que sua cuidadora porta um laudo?

O material de campo analisado nos permitiu concluir – levando em consideração a pequena amostra que compôs esse estudo e as decorrentes limitações na generalização de seus resultados – que os diagnósticos psiquiátricos infantis, em sua versão biomédica, oferecem pouco entendimento a essas cuidadoras. Esta visão entra em choque com outra visão de mundo, com um olhar mais holista, centrada na pessoa, mais presentes nas classes populares e encontradas nas mulheres cuidadoras desta pesquisa. Desta colisão foi possível destacar reinterpretações e criações como forma de se apropriar do vocabulário médico, partindo de desdobramentos, deslocamentos, condensações da linguagem dominante, grifados pela engenhosidade, reproduzindo um sistema simbólico e código linguístico próprio. Pulso, “hiperatismo”, imperativo e descabeçado são alguns exemplos dessa “verbalização”, “reflexividade” e “problematização” (Boltanski, 1989).

Sendo exposto o entendimento da inexistência de uma consciência única do processo de adoecer, subsistem diferentes formas de experienciar a saúde e a doença. De um lado encontramos as mães/cuidadoras, e de outro os trabalhadores da saúde, representantes da escola, a mídia e familiares, amigos e vizinhos que ratificam a hegemonia médico-científica. Foi constatada a pouca iniciativa das cuidadoras observadas em procurar a saúde mental: há sempre um apontamento, uma insistência e/ou uma pressão que partem de terceiros. E, assim sendo, a objetivação do mal-estar psíquico como doença ou sintoma parece imposta de fora. A pressão do poder/saber médicos converte os sentimentos de desconforto em elementos nosológicos. No discurso das cuidadoras foi encontrada uma posição subordinada ao saber hegemônico, destoante do projeto de igualdade, liberdade, autonomia, autodeterminação e singularidade, presentes no sujeito neoliberal, compatível com o modelo de indivíduo.

Aprofundando a concepção de saúde e doença presente nos sujeitos do estudo foram encontradas confluências com a religião. Nesta aproximação entre “sistemas de cura” e “trajetórias terapêuticas” fatos vivenciados ou classificados como religiosos se misturam com fatos vivenciados ou classificados como médicos, psicológicos ou

psiquiátricos (Duarte, 2002). E assim foi possível constatar nas entrevistas a presença de um modelo de experiência da saúde e da doença mais holista, centrado na pessoa, compatível com a doença dos nervos, como nos dizia Duarte (2002). Desta forma, a força dos nervos pode estar ligada, sob a ótica daquelas que cuidam, à doença mental dessas crianças. E, sendo “nervos” um fenômeno polissêmico, foram encontradas referências à ansiedade, convulsão, formigamento, Parkinson, cabeça quente, nervo atacado, “ser elétrico”, “dar os filhos”, a presença de espíritos, entre outros. Portanto, estar descabeçado definitivamente teria um sentido holista.

Desta forma, pôde-se observar, no presente estudo, que a despeito da presença de noções compatíveis com o idioma dos nervos, não há uma homogeneidade na apresentação da identidade psicológica nas camadas populares reveladas pelas cuidadoras das crianças atendidas no ambulatório de psiquiatria infantil. Pudemos perceber a diversidade dos suportes de identificação dessas cuidadoras e de suas expectativas sobre o desempenho e comportamento dos filhos/netos/bisnetos tanto na escola como em casa.

Contribuindo para o conflito encontrado diante daquilo que se entende como norma e o que estaria fora dela estariam as concepções acerca da infância. Na medida em que foi detectado nesta amostra uma preeminência do ideal de criança como um adulto incompetente, torna-se possível o entendimento das diferenças de atitude nas classes populares com relação ao cuidado. Tal diferença frente à criança, ao infantil, faz ressonância no entendimento de como essas cuidadoras veem o “bom cuidado”. Suas inquietações concentram-se principalmente na manipulação do ambiente externo, ou seja, em aspectos “objetivos”, como horários de acordar, comer, cochilar e dormir. E assim, a vulnerabilidade infantil é entendida priorizando elementos material (de saúde etc.).

Nessas conjunções entre suas concepções de infância e o cuidado que podemos compreender o fenômeno nomeado por Fonseca (2006) como “circulação de crianças”, presente nas classes populares de inúmeras periferias de nosso país e encontrado nos dados desta pesquisa. Como essas mulheres cuidadoras entendem no “bom cuidado” a possibilidade de proporcionarem aos seus filhos/netos/bisnetos o mínimo necessário a manutenção básica de vida, ligada aos pontos “objetivos”, não há razão inerente para que uma delas se oponha em entregar seus filhos para que outros possam criá-lo. O que não tem relação ao afeto nutrido por suas crianças. No entanto, pedem o aval médico para avaliar seu cuidado, e assim os “bons/bens” que elas buscam em suas práticas se inserem no contexto da medicalização da vida, na medida em que liga um fenômeno social, “o

cuidado”, à instituição da medicina, havendo uma expansão do poder profissional médico sobre esferas mais amplas da vida (Conrad; Schnaider, 1992 *apud* Crowford, 2019).

Desta forma, os ganhos, vantagens e direitos diretos e/ou indiretos que estes diagnósticos poderiam proporcionar, através do porte de um laudo, estão associados ao cuidado das crianças, naquilo que Fazzione (2021) chamou “arranjos de cuidado”, marcados por improvisos, possibilidades e desejos. Diante da possibilidade do LOAS, concretiza-se o desejo de melhorar a alimentação, comprar remédios, material escolar. Assim como, através do Passe Livre, há a garantia de locomoção. Entregar um laudo na escola está associado a idealização de um cuidado diferenciado partindo dos educadores. E, assim sendo, num contexto de precariedade, incertezas e falta de garantias, e de intensa sobrecarga daquelas que cuidam, portar um laudo daquele de quem se cuida apresenta-se como uma “oportunidade” (Savegnago, 2021).

Como não há um conceito de diagnóstico psiquiátrico infantil calcado nas bases do sistema simbólico médico-científico, possivelmente não há a ideia, partindo de um laudo, de estigma da doença mental e sua carreira moral (Goffman, 1988). No entanto, como essa pesquisa não se dedicou metodologicamente a analisar as interações simbólicas, deixemos essa conclusão para uma próxima.

No entanto, no que tange ao contexto escolar, diante de alguns trechos das entrevistas é possível observarmos o “efeito de arco” (*looping effect*), conceito de Ian Hacking (2006). Pode-se presumir que a maioria das crianças com diagnóstico psiquiátrico apresentará um feedback positivo em resposta à forma como vivenciam a doença e como a família e a escola passam a tratá-las após tal diagnóstico. Tais comportamentos reforçam os sinais da doença e podem fazer com que a criança pareça e aja como se estivesse doente. E assim, diante de uma criança que está na lista de pacientes, a escola muda acreditando que existe um tratamento eficaz para tal doença – ou seja, que seja capaz de corrigir o comportamento considerado desviante, o que traria a ideia de controle social (Conrad; Schnaider, 1992). Este abrangeria o controle do desvio e a conformidade social: aquele que foge das normas deve ser controlado, para que a sociedade, ou a família, ou a escola, voltem ao seu “estado normal”. Assim, a escola pressiona essas mães para que as crianças entrem o mais rápido possível no enquadre médico e, assim, seja possível deslocar o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções médicas, inacessíveis à educação.

Por fim, alinhado ao conceito de controle social e de medicalização da vida (Conrad; Schnaider, 1992), ambos apresentados nesta dissertação através de Peter

Conrad, vamos ao encontro da relação ontológica do cultivo da infância no Brasil apontada por Costa (2004), entre ordem médica e norma familiar. E assim, ainda hoje em nosso país, herança da medicina higienista, os médicos, ou qualquer um que encarne a representação do saber científico, torna-se o sacerdote do corpo e da saúde, com a tarefa de definir o que é “bom” ou “mau” para os indivíduos, suas famílias e a população (Costa, 2004). E assim, a norma familiar produzida pela ordem médica ainda clama por intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização, ou seja, dos profissionais da saúde. Sendo assim, é preciso cada vez mais repensar o olhar do médico para os universos que margeiam às mudanças contemporâneas, capitalistas e neoliberais, para criar novas táticas que possam substituir as práticas tradicionais de sobreposição e desqualificação do outro. Além da exigência de uma rede de cuidados efetiva, que inclua diversos setores do Estado, e que possa garantir o mínimo de amparo tanto aos que cuidam, como aos que são cuidados.

REFERÊNCIAS

- AJURIAGUERRA, J. *Manual de Psiquiatria Infantil*. Tradução de Paulo Geraldês e Sonia Alves. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1980.
- ALVAREZ, M. M. Kitoko Maxakali: a criança indígena e os processos de formação, aprendizagem e escolarização. *Revista Antropológicas*, Recife, v. 15, n. 1, p. 49-78, 2004.
- AMARANTE, P. *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2008.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. *Manual Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.
- APA. *Manual Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3. ed. Arlington: American Psychiatric Association, 1980.
- ARANTES, E. M. M. Rostos de crianças no Brasil. In F. Pilotti & I. Rizzini (Ed.). *A arte de governar crianças. A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Amais, 1995. p. 171-220.
- ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.
- ARCHARD, D. *Children: Rights and Childhood*. New York: Routledge, 2004.
- ARKINSON, W. A sociologia pragmática de Luc Boltanski: uma crítica Bourdeusiana. *European Journal of Social Theory*. 23. ed. p. 310-327, 2020.
- ASSUMPÇÃO Jr., F. *Psiquiatria infantil brasileira: um esboço histórico*. São Paulo: Lemos, 1995.
- ASSUMPÇÃO Jr., F.; KUCZYNSKI, E. *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2003.
- BARES, C. B. et al. Differential item functioning due to gender between depression and anxiety items among Chilean adolescents. *Int. J. Soc. Psychiatry*, v. 58, n. 4, 2012.
- BERCHERIE P. *Les fondements de la clinique*. 2. ed. Navarin: Paris, 1985.
- BELTRAME, M. M. & BOARINI, M. L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um Capsi. *Psicologia: Ciência e profissão*, v. 33, n. 2, p. 336-49, 2013.

- BERGER, P. *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis: Vozes, 1973.
- BERLINGUER, G. *La Enfermedad*. Buenos Aires: Lugar, 1994.
- BERNSTEIN, B. Classe Social, Sistemas de Linguagem e Psicoterapia. In: Figueira, S.A. (Org.). *Psicanálise e Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.
- BEZERRA Jr., B. Introdução. In: ZORZANELLI, R. BEZERRA Jr, B. COSTA, J. F. *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- BEZERRA Jr., B. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: SOUZA, A. N.; PITANGUI, J. (Org.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 91-109.
- BHABHA, J. The Child: What Sort of Human? *PMLA*, v. 121, n. 5, p. 1526-1535, 2006.
- BLECH, J. *Los inventores de enfermedades: cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino, 2005.
- BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal Ltda, 1989.
- BORBA, M. P. *Entre produtividades, compassos e dispersões: Mobilizações de atenção e cuidado no cotidiano escolar*. 2019. 264f. Tese (Programa de Pós-graduação em Antropologia) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, UFF, Niterói, 2019.
- BOURDIEU, P. *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.
- BOWLBY, J. *Cuidados maternos e saúde mental*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- BOWLBY, J. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BOWLBY, J. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr, 2001. p.15.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental – *Relatório final*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul. 1990a.
- BRENDEL, D. H. *Healing Psychiatry. Bridging the Science/Humanism divide*. Cambridge e Londres: The MIT Press, 2006.

BRZOZOWSKI, F. S.; BRZOZOWSKI, J. A.; CAPONI, S. Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v. 14, n. 35, p. 891-904, out./dez. 2010.

BUTLER, J. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CASTRO, L. R. *Decolonizando os estudos da infância: Uma perspectiva latinoamericana*. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL ORIENTALISMO, NEOORIENTALISMO E PÓS-ORIENTALISMO. 2018, China: Universidade de Shanghai, 2018.

CARVALHO, E. N. A malha nervosa da reforma psiquiátrica no Brasil: limites e impasses do atendimento aos grupos populares urbanos. *Ciências Humanas e Sociais em Revista*. v. 36, p. 38-54, 2014.

CASTRO, L. R. Children, Democracy and Emancipation. *Alternatives: Global, Local, Political*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 165-177, 2012a.

CASTRO, L. R. The ‘good-enough society’, the ‘good-enough citizen’ and the ‘goodenough student’: Where’s children’s participation agenda moving to in Brazil?. *Childhood*. Trondheim, v. 19, n. 1, p. 52-68, 2012b.

CASTRO, L. R. What is new in the ‘south’? Consumer culture and the vicissitudes of identity construction in urban Brazil. *Young*. Helsinki, v. 14, n. 3, p. 179-201, 2006.

CASTRO, L. R. *Subjetividade e cidadania: um estudo com crianças e jovens em três cidades brasileiras*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2001.

CASTRO, L. R. *A Aventura Urbana: crianças e jovens no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Brazil: 7 Letras, 2004.

CASTRO, L. R. *Subjetividade e cidadania: um estudo com crianças e jovens em três cidades brasileiras*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2001.

CASTRO, L. R. *Subjetividade e cidadania: um estudo com crianças e jovens em três cidades brasileiras*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2001.

CIACCIA, A. *El niño, la familia y el inconsciente*. Barcelona: Eolia, 1997.

CIRINO, O. *Psicanálise e Psiquiátrica com crianças: Desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

COELHO, M. *As emoções e a ordem pública: uma investigação sobre modelos teóricos para a análise socioantropológica das emoções*. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 27., 2010, Belém. Anais... Brasília: ABA, 2010.

COHN, C. Concepções de infância e infâncias: um estado da arte da antropologia da criança no Brasil. *Civitas*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 221-244, maio-ago. 2013.

COHN, C. *A criança indígena: a concepção xikrin de infância e aprendizado*. 187f. 2000. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

COLEMAN, D. et al. Children's beliefs about causes of childhood depression and ADHD: a study of stigmatization. *Psychiatry services*. v. 60, n. 7, p. 950-7, Rio de Janeiro, 2009. .

CONRAD, P. SCHNEIDER, J. W. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University, 1992.

COLLARES, C.A. L.; MOYSÉS, M. A. A. *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez, 1996.

CORSARO, W. *Sociologia da infância*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CORSARO, W. Peer culture. In: QVORTUP, J.; CORSARO, W.; HONIG, M. S. *The Palgrave handbook of childhood studies*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2009. p. 301-315.

CORSARO, W. *We're friends right? Inside kids' culture*. Washington: Joseph Henry Press, 2003.

CORSARO, W. Interpretative reproduction in children's role play. *Childhood*, v. 1, p. 64-74, 1993.

COSGROVE, L., KRIMSKY, S. A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members. Financial associations with industry: a pernicious problem persists". In: *Plos Medicine*, v. 9, n. 3, 2012.

COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

COSTA, J. F. *Psicanálise e Contexto Cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

COSTA, J. F. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica. *Cadernos do IMS (UERJ)*, v. 1, n. 1, p. 4-45, mar-abr, 1987. Rio de Janeiro.

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

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Revista de Psicologia Clínica*, v. 27, n.1, p. 17-40. 2015.

COUTO, M. C. V., DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 4, p. 390-398. 2008.

CROWFORD, R. Salutarismo e medicação da vida cotidiana. *Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, jan-mar. 2019.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas depressivos em crianças: estudos com duas versões do CDI. *Psicologia: Ciência e profissão*, v. 28, n. 3, p. 574-85, 2008.
DARDOT, P. LAVAL, C. *A Nova Razão do Mundo, ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Bomtempo, 2016.

DEBERT, G.; PULHEZ, M. (Org.). *Desafios do cuidado: gênero, velhice e deficiência*. Campinas: UNICAMP/IFCH, 2017.

DINIZ, Debora. *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense, 2012.

DIP, F.F., TEBET, G.G.C. Sociologia da Infância, Protagonismo Infantil e Cultura de Pares: um mapeamento da produção acadêmica sobre o tema. *Revista Zero-a-seis*, Santa Catarina, v. 21, n. 39, p.31, 2019.

DROTBOHM, H.; ALBER, E. Introduction. In: ALBER, E.; DROTBOHM, H (Ed.). *Anthropological Perspectives on Care: Work, Kinship, and the Life-Course*. New York: Palgrave Macmillan, 2015.

DUARTE, L. F. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n. 31, ano 17, p. 39-54, 2002.

DUARTE, L. F. 1994. A outra-saúde: mental, psicossocial, físico-moral. In: ALVES, P.C e MINAYO, M. C. S (Org.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

DUARTE, L. F. Os Nervos e a Antropologia médica Norte-Americana: uma Revisão Crítica. *Physis – Revista de Saúde Coletiva UERJ/Relume Dumará*, Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 43-73. 1993.

DUARTE, L. F. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DUARTE, L. F. et al. Vicissitudes e limites da conversão à cidadania nas classes populares brasileiras. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n. 22, ano 8, p. 5-19. 1993.

DUMONT, L. *O individualismo. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

DUMONT, L. *Homo Hierarchicus*. Londres: Palladin, 1972.

- DUNKER, C. I. L. *Mal-Estar, Sofrimento, Sintoma*. São Paulo: Bomtempo, 2015.
- EPELE, M. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 247-268. 2012.
- FARIAS, A. C.; CORDEIRO, M. L. Transtornos de Humor em crianças e adolescentes: atualização para pediatras. *J. Pediatr.*, v. 87, n. 5, p. 373-81. 2011.
- FAZZIONI, N. Nem bom, nem mau: reflexões sobre “arranjos de cuidado” materno em dois contextos de pesquisa. *Synthesis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 18-27, maio-ago. 2021.
- FAZZIONI, N. *Nascer e Morrer no Complexo do Alemão: políticas de saúde e arranjos de cuidado*. 2018. Tese (Doutorado em Antropologia Cultural) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- FERNANDES, F. As “Trocinhas” do Bom Retiro: contribuições do estudo folclórico e sociológico da cultura e dos grupos infantis. *Pro-Posições*, v. 15, n. 1 (43), jan.-abr. 2004.
- FERNANDES, N.; SARMENTO, M. J.; SIQUEIRA, R. M. *A defesa dos direitos da criança: uma luta sem fronteira*. Goiânia: Cãnone Editorial, 2020.
- FIETZ, H. M. *Construindo Futuros, provocando o Presente: Cuidado familiar, moradias assistidas e temporalidades na gestão da deficiência intelectual no Brasil*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.
- FIETZ, H. M. *Deficiência e Práticas de Cuidado: uma etnografia sobre “problemas de cabeça” em um bairro popular*. 2016. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
- FIGUEIRA, S. *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- FISCHER, B.; TRONTO, J. Toward a Feminist Theory of Caring. In: ABEL, E. K.; NELSON, M. K. (Org.) *Circles of Care: Work and Identity in Women’s Lives*. Albany: SUNY Press, 1990.
- FLEISCHER, S. *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*. São Carlos: EdufsCar, 2018.
- FLEISCHER, S. FERREIRA, J. *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- FONSECA, C. *Caminhos da adoção*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- FOUCAULT, M. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

- FOUCAULT, M. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000a.
- FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000b.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, M. Genealogia e poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Vozes, 1979.
- FRANCES, A. *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-V, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Harper Collins, 2013.
- FREYRE, G. *Sobrados e Mucambos*. 2. ed. Rio de Janeiro - São Paulo: José Olympio, 1951.
- FREUD, S. *Uma dificuldade no caminho da psicanálise (1917)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- GERDES, P. Ethnomathematics, Geometry and Educational Experiences in Africa. In: DEVISCH, R.; NYAMNJOH, F. (Org.). *The Postcolonial Turn. Re-imagining anthropology and Africa*. Bamenda, Cameroon: Langaa, 2011.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- GRAHAM, P.; ORLEY, J. La OMS y la salud mental de los niños. *Foro Mundial de la Salud*, n. 19. 1998.
- GUARNACCIA, P.; FARIAS, P. The social meanings of nervios: case study of a Central American women. *Social Science & Medicine*, v. 26, n. 12. 1988.
- HACKING, I. *Kinds of people: moving targets*. Proceedings of the British Academy. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- HACKING, I. O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas - e suas interações. In: RUSSO, M.; CAPONI, S. (Org.). *Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas*. São Paulo: Discurso Editorial, 2006.
- HACKING, I. *The social construction of what?*. Cambridge: Harvard University Press, 1999.

- HACKING, I. A tradition of natural kinds. *Philosophical Studies*, v. 51, p. 109-26. 1991.
- HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org.). *Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012.
- HERZLICH C, A. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 1 n. 20, p. 23-34. 1991.
- HOUAISS, A. *Dicionário on line de língua portuguesa*. Disponível em: <www.houaiss.uol.com.br>. Acesso em 19 ago. 2023.
- HUGHES, B. et al. Trabalhos de amor perdidos: Feminismo, Movimento de Pessoas com Deficiência e éticas do cuidado. In: DEBERT; G; PULHEZ, M. *Desafios do cuidado: gênero, velhice e deficiência*. Campinas: Unicamp, 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO. (2009). Disponível em: <<https://inpd.org.br/>>. Acesso em: 25 fev. 2010.
- JAMES, A. Conceitos de infância, Criança e Agência. *O Social em Questão*, n. 21, p. 45-60. 2009.
- KANNER, L. Os distúrbios autísticos do contato afetivo (1943). Tradução de Monica Seineman. In: ROCHA, P. (Org.). *Autismos*. São Paulo: Escuta, 1997.
- KANNER, L. *Psiquiatria Infantil*. 4. ed. Buenos Aires: Siglo Veintre, 1972.
- KIM, E.; CAIN, K. C. Korean American adolescents depression and parenting. *J. Child. Adolesc. Psychiatr. Nurs.*, v. 21, n. 2, p. 105-15. 2008.
- KLEIN, M. Primeiros estádios do conflito edípico e da formação do superego (1932). Tradução de Pola Civelli. In: *Psicanálise da criança*. 2. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1975.
- LAZZARETTI DE SOUZA, A. et al. Participação social e protagonismo: reflexões a partir das Conferências de Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil. *Avances En Psicología Latinoamericana*, v. 28, n. 2, p.178-193. 2010.
- LEVIN L. The layperson as the primary care practitioner. *Public Heal.* n. 91, p. 206-10. 1976.
- LIMA, R. C. Normalidade e patologia nas classificações psiquiátricas: dos transtornos mentais infanto juvenis à Síndrome da Criança Normal. In: OLIVEIRA, E. C.; VIÈGAS, L. de S.; NETO, H. da S. M. (Org.). *Desver o mundo, perturbar os sentidos: caminhos na luta da desmedicalização da vida*. Salvador: Edufba, 2021.
- LUTZ, C. *Unnatural Emotions: Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and Their Challenge to Western Theory*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

- MARSHALL, D. The construction of children as an object of international relations: The Declaration of Children's Rights and the Child Welfare Committee of League of Nations, 1900–1924. *The International Journal of Children's Rights*, n. 7, p.103-147, 1999.
- MARCÍLIO, M. L. *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MARTINS, J. S. (Coord.). *Massacre dos inocentes: a criança sem infância no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MIGNOLO, W. What does it mean to decolonize? In: MIGNOLO, W.; WALSH, C. *On Decoloniality: concepts, analytics and praxis*. Durham: Duke University Press, 2018.
- MINAYO, M. C. S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. São Paulo: SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.
- MIRANDA SÁ Jr.. L. S. *O Diagnóstico Psiquiátrico e a CID 10*. 1992. Tese (Tese de Livre-Docência) - Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, 1992.
- MENENDEZ, E. L. Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*. v. 14, n. 3, p. 461-481. 2018.
- MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J.. Care: putting practice into theory. In: MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. (Ed.). *Care in Practice: on Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Verlag: Transcript, 2010.
- MOL, A. Care and its values: Good food in the nursing home. In: MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. (Ed.). *Care in Practice: on Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Verlag: Transcript, 2010.
- MOL, A. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. New York: Routledge, 2008a.
- MOL, A. Política Ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, J.; ROQUE, R. (Ed.) *Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência*. Porto: Edições Afrontamentos, 2008b.
- MOL, A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham and London: Duke University Press, 2002.
- MOYSÉS, M. A.; COLLARES, C. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Org.). *A educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros transtornos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010
- MURAT, F. Reconsiderando a nova sociologia da infância. *Cadernos de Pesquisa*, v. 40, n. 141, set.-dez. 2010.
- MUSSE, L. B. *Novos Sujeitos de direitos: pessoas com transtornos mentais na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Campus, 2008.

NAKAMURA E. A noção médico-científica da depressão infantil: uma visão histórica e sociocultural do discurso de adultos sobre a infância. In: MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. *Infancia & Saude: perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec-Fapesp, 2009.

NAKAMURA, E. *Depressão na infância: uma abordagem antropológica*. São Paulo: Hucitec-Fapesp, 2016.

NASCIMENTO, M. L.; COIMBRA, C. M. B.; LOBO, L. F.; Anotações iniciais sobre a psiquiatria do desenvolvimento: “é de pequeno que se torce o pepino”. *Psicologia Política*. v. 12. n. 23. p. 87-103. jan.- abr. 2012.

NIEUWENHUYTS, O. Keep asking: Why children? Why global?. *Childhood*, London, v. 17, n. 3, p. 291-296. 2010.

NOMINÉ, B. Prefácio. In: CIRILO, O. *Psicanalise e psiquiatria com crianças: Desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

OKERE, T. Is there one Science, Western Science? In: DEVISCH, R.; NYAMNJOH, F. (Org.). *The Postcolonial Turn. Re-imagining anthropology and Africa*. Bamenda, Cameroon: Langaa, 2011.

OLIVEIRA, E. C.; VIÉGAS, L. de S.; NETO, H. da S. M. *Desver o mundo, perturbar os sentidos: caminhos na luta pela desmedicalização da vida*. Salvador: Edufba, 2021.

OKERE, T.; NJOKU, C. A; DEVISCH, R. All knowledge is first of all local knowledge. In: DEVISCH, R.; NYAMNJOH, F. (Org.). *The Postcolonial Turn. Re-imagining anthropology and Africa*. Bamenda, Cameroon: Langaa, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *United Nations Committee of the rights of the child (CRC)*. General comment no.12 The Right of the Child to be Heard, 2009. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvancedVersions/CRCC-GC-12.doc>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. *Classificação Internacional das Doenças*. rev. 10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. 17º. Informe de um Comité de Expertos de la OMS em Salud Mental. *La Salud mental y desarrollo psicossocial del niño*. Ginebra, 1977.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. *La OMS e la salud mental. Crônica de la OMS*. Ginebra, 1962.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. Comité de Expertos em Higiene Mental. *Informe de la Segunda Reunión*. Oficina Sanitária Panamericana. Washington, 1952.

ORLANDI, E. P. A Análise de Discurso e seus entre-meios: notas a sua história no Brasil. *Cadernos de estudos Lingüísticos*, Campinas, v. 42, p. 21-40. 2011.

ORLANDI, E. P. Discurso, imaginário social e conhecimento. *Em aberto*, v. 14, n. 61, 2008.

ORLANDI, E. P. Filiações Teóricas. In: ORLANDI, E. P. *Análise do Discurso: Princípios e Procedimentos*. 2. ed. Campinas: Pontes, 2003.

ORLANDI, E. P. O Lugar das Sistemáticas Linguísticas na Análise de Discurso. *Delta - EDUC*, São Paulo, v. 10, n. 2. 1994.

ORTIZ, R. *A consciência fragmentada*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from outskirts of São Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n. 1, p. 11-7. 2007.

PIAGET, J. *The Moral Judgement of the Child*. London: Routledge and Kegan Paul, 1932.

PIAGET, J. *Judgement and Reasoning in the Child*. London: Routledge and Kegan Paul, 1928.

POSTEL, J.; QUETEL, J. *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*. Paris: Dunod, 1994.

POLS, J. Towards an empirical ethics in care: relations with Technologies in health care. *Med health care philos.* v. 18, n. 1, p. 81-90. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS (PMDC). Portal da Prefeitura, 2023. *Conheça Duque de Caxias*. Disponível em: www.duquedecaxias.rj.gov.br. Acesso em: 22 ago. 2023.

PRIORE, M. D. *História da criança no Brasil*. São Paulo: Ed. Contexto, 1995.

PROUT, A. *The future of childhood*. New York and London: Routledge Falmer, 2005.

PUIG DE LA BELLACASA, M. *Matters of Care: Speculative Ethics in More than Human Worlds*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2017.

PUNCH, S. Negotiating Autonomy: Childhoods in Rural Bolivia. In: ALANEN, L.; MAYALL, B. (Org.). *Conceptualizing Adult-Child relations*. Londres: Routledge, 2001.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER, E. (Org.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Buenos Aires: CICCUS/ CLACSO, 2011.

QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e divergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

QUINTEIRO, J. Sobre a emergência de uma sociologia da Infância: contribuições para o debate. *Perspectiva*, Florianópolis, v. 20, n. Especial, p. 137-162, jul.-dez. 2002.

- RADCLIFFE-BROWN A. *Estrutura e função na sociedade primitiva*. Petrópolis: Vozes, 1973.
- RAFALOVICH, A. *Framing ADHD children: a critical examination of the history, discourse, and everyday experience of attention deficit/hyperactivity disorder*. Plymouth: Lexington Book, 2004.
- RAMIRES, V. R. R. et al. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 61, n. 2, p. 1-14. 2009.
- RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 1, p. 29-38. 2006.
- RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.
- RIBEIRO, K. et al. Representações sociais da depressão no contexto escolar. *Paideia*, v. 17, n. 38, p. 417-30, 2007.
- RITVO E. R.; ORNITZ E. M.; *Autism: diagnosis, current research and management*. New York: Spectrum, 1976.
- RIZZINI, I. Reflexões sobre pesquisa histórica com base em idéias e práticas sobre a assistência à infância no Brasil na passagem do século XIX para o XX. In: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 1., 2006, São Paulo. *Proceedings online...* Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100019&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 07 jun 2023.
- RIZZINI, I. *O século perdido. Raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Amais, 1997.
- RIZZINI, I.; TISDALL, K. (Org.). Participação infantil e juvenil: perspectivas internacionais. *O Social em Questão*, n. 27. 2012.
- RIZZINI, I.; TABAK, J.; SAMPAIO, E. O bem-estar da criança e o direito à participação na América Latina. In: IV SIMPÓSIO LUSO-BRASILEIRO DE ESTUDOS DA CRIANÇA, 2018, Goiânia. *Anais...* Goiânia: PUC Goiás, 2018.
- ROPA, D.; DUARTE, L. F. Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. A. (Org). *Cultura da psicanálise*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1985.
- ROSATTI, C. G.; BONALDI, E. V.; FERREIRA, M. T.; Uma Crítica para o Presente: Entrevista com Luc Boltanski. *PLURAL, Revista do Programa de Pós-graduação em Sociologia da USP*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 271-230. 2014.
- ROUDINESCO, É. *¿Por qué el psicoanálisis?*. Buenos Aires: Paidós, 2013.

- RUIZ-CASARES, M., et al. Children's Rights to Participation and Protection in International Development and Humanitarian Interventions: Nurturing a Dialogue. *The International Journal of Human Rights*, v. 21, n. 1, p. 1-13. 2017.
- SADLER, J. Considering the economy of DSM alternatives. In: PARIS, J. PHILIPS, J. (Ed.). *Making the DSM-5: Concepts and controversies*. New York: Springer, 2013.
- SAFATLE, V.; JUNIOR, N. S.; DUNKER, C. *Patologias do Social, Arqueologias do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.
- SANTOS, P. L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicopatologia infantil. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 2, p. 315-21. 2006.
- SCIVOLETTO, S.; BOARATI, M. A.; TURKIEWICZ, G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, p 112-120. 2010.
- SELAU, B. Rumo à educação inclusiva. In: SELAU, B.; HAMMES, L. J.; *Educação inclusiva e educação para a paz: relações possíveis*. São Luis: Edufma, 2009.
- SILVEIRA, M. L. O Nervo fala, o Nervo cala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- SIMAS, F.; ARRUDA, M. C. Os 30 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente: dilemas, paradoxos e desafios na era das ameaças. In: CAMPINHA, E.; SIMAS, F.; LIMA, R. *30 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente: balanço e perspectivas*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2022.
- SIQUEIRA, R. M. *A defesa dos direitos da criança: uma luta sem fronteiras*. 1. ed. Goiânia: Cãnone editorial, 2020.
- STILL, G. F. Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. *Journal of Attention Disorders*, v. 10, n. 2, p.126-36. 2006.
- TELLES, H. P. R. da S. Infância e saúde mental: a formação de uma prática ou uma prática em formação?. Dissertação. (Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2006.
- THELEN, T. Care as social organization: Creating, maintaining and dissolving significant relations. *Anthropological Theory*, v. 15, n. 4, p. 491-515. 2015.
- TIMIMI, S. *Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood*. New York: Brunner-Routledge, 2002.
- TISDALL, K. Conceptualising Children and Young People's Participation: examining vulnerability, social accountability and co-production. *The International Journal of Human Rights*, v. 21, n. 1, p. 59-75. 2017.
- TRONTO, J. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge, 2009.

WEBER, M. *A ética protestante e o “espírito” do capitalismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

VASCONCELOS, M. M. et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 61, n. 1, p. 67-73. 2003.

VELHO, G.; FIGUEIRA, S. *Família, psicologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

VIANNA, C. M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis*, v. 12, n. 2, p. 375-390. 2002.

ZOLA, I. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, v. 20, n. 4, p. 487-504. 1972

ZARIFIAN, E. *Um diagnóstico em psiquiatria*. In: GORI, R.; MILLER, J. WARTEL, R. *La Querelle des Diagnostics*. Paris: Navarin, 1986.

ZORZANELLI, R.; TEIXEIRA, O. F.; BEZERRA Jr., B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1859-1868. 2014.

ZORZANELLI, R.; BEZERRA Jr, B.; COSTA, J. F. *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

SCHAWARCZ, L. M. *O Espetáculo das Raças*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SZASZ, T. Diagnoses are not diseases. In: *Lancet*, v. 338, p. 21-28, dez. 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. ICD 11: International Classification of Diseases 11th revision. WHO, Geneva, 2018. Disponível em: <<https://icd.who.int/>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista Aberta Semi estruturada:

Data:

1. Nome:
2. Endereço:
3. Idade:
4. Escolaridade:
5. Estado Civil:
6. Número de filhos:
7. Quem você trouxe ao ambulatório?
8. Por que motivo?
9. É a primeira vez que você vem a um ambulatório de psiquiatria infantil?
10. O que você espera deste atendimento?
11. Como você chegou ao ambulatório?
12. A criança trazida por você ao ambulatório já possui algum diagnóstico psiquiátrico?
13. Se sim, o que você entende disso?
14. Se sim, possuiu laudo?
15. Se não, você gostaria que a criança obtivesse nessa consulta algum diagnóstico?
16. Se sim, porque?
17. A partir desse laudo e/ou diagnóstico o que mudou e/ou mudaria para a criança?
18. E o que mudou para você enquanto cuidador?
19. De que maneira essa busca pelo cuidado impactou sua vida nos aspectos afetivos, sociais e de trabalho?
20. O que é para você ser criança?