

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

FÁBIO WALACE DE SOUZA DIAS

**A PERCEÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE DE ATENÇÃO À
INFÂNCIA SOBRE A LOUCURA EM CRIANÇAS: POSSÍVEIS
IMPASSES PARA O OBJETIVO DE (RE)INSERÇÃO SOCIAL
PROPOSTO PELO ATUAL MODELO BRASILEIRO DE REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

**Belo Horizonte
2012**

FÁBIO WALACE DE SOUZA DIAS

**A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE DE ATENÇÃO À
INFÂNCIA SOBRE A LOUCURA EM CRIANÇAS: POSSÍVEIS
IMPASSES PARA O OBJETIVO DE (RE)INSERÇÃO SOCIAL
PROPOSTO PELO ATUAL MODELO BRASILEIRO DE REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de pesquisa: Cultura, Modernidade e Subjetividade

Orientadora: Izabel Christina Friche Passos

Belo Horizonte
2012

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

150
D541p
2012

Dias, Fábio Wallace de Souza

A percepção dos trabalhadores da rede de atenção à infância sobre a loucura em crianças [manuscrito] : possíveis impasses para o objetivo de (re)inserção social proposto pelo atual modelo brasileiro de reforma psiquiátrica / Fábio Wallace de Souza Dias. - 2012.

131 f.

Orientadora: Izabel Christina Friche Passos.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Crianças – Teses. 3. Saúde mental - Teses . 4. Reforma psiquiátrica - Teses . I. Passos, Izabel Christina Friche. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A Dissertação “*A percepção dos trabalhadores da rede de atenção à infância sobre a loucura em crianças: possíveis impasses para o objetivo de (re)inserção social proposto pelo atual modelo brasileiro de reforma psiquiátrica.*”

elaborada por **Fábio Wallace de Souza Dias**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Izabel Christina Friche Passos
(Orientadora)

Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto

Prof. Dra. Tânia Aparecida Ferreira

Dedico este trabalho a todas as crianças que são cotidianamente silenciadas por aqueles que se encarregam de dizer sobre aquilo que lhes falta.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

À minha família, que da sua maneira me entendeu e apoiou quando larguei tudo em busca de um sonho.

Aos preciosos amigos, que suportaram minhas ausências e “neuras” durante esse percurso.

À Maria do Carmo e Luizita, pela aposta e confiança depositadas em mim.

À Izabel pelo acolhimento, aposta, contribuições e críticas sempre pertinentes. E, principalmente pelo vínculo de carinho e amizade que se construiu entre nós.

Aos amigos do L@GIR: Mauro Novaes, Clarissa Sudano, Isabella Lima, Flávia Rodrigues, Aline Martins, Kamila Emanuelle, Talita Metzker, Daniela Carvalho, Mônica Soares e Maria Aline Barbosa pelo acompanhamento e enriquecimento de minha trajetória.

À Cláudia Penido e Renato Franco, colegas de trabalho que sempre me incentivaram a enveredar-me pela carreira acadêmica.

Ao grande amigo Jacques Akerman, agradeço imensamente as contribuições dadas na construção do projeto. Sem você esse sonho não se tornaria realidade.

Aos usuários da Saúde mental de Santa Luzia para os quais sempre trabalhei com dedicação e afincando acreditando ser possível a construção de um novo lugar social para eles.

Aos participantes da pesquisa, pelo acolhimento, receptividade e abertura. Em especial, aos que gentilmente se disponibilizaram para as entrevistas.

À UFMG e à Prefeitura Municipal de Santa Luzia pela disponibilidade com que acolheu o desenvolvimento da pesquisa. Em especial, a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Secretaria Municipal de Educação.

Aos parceiros Paulo Silva, Leonel Cardoso, Luciana Souza, Geíse Pinheiro, Cássia Reis, Sabrina Barros, Clara Lobão, Luciana Ribeiro e demais amigos e colegas do mestrado.

Aos alunos, professores e coordenadora do curso de Psicologia da Faculdade Pitágoras de Ipatinga-MG, pelo acolhimento, amizade e compreensão durante meu percurso.

Aos professores do PPG - Psicologia da UFMG e de graduação em Psicologia pelo acolhimento, dignidade e respeito dedicados a mim.

À professora Ângela Mucida pela aposta incondicional desde a graduação, e aos demais professores que desde essa época acreditaram em mim.

E, finalmente a CAPES pelo apoio à pesquisa.

Saiba,
Todo mundo foi neném
Einstein, Freud e Platão também
Hitler, Bush e Sadam Hussein
Quem tem grana e quem não tem

Saiba:
Todo mundo teve infância
Maomé já foi criança
Arquimedes, Buda, Galileu
e também você e eu

Saiba,
Todo mundo teve medo
Mesmo que seja segredo
Nietzsche e Simone de Beauvoir
Fernandinho Beira-Mar

Saiba,
Todo mundo vai morrer
Presidente, general ou rei
Anglo-saxão ou muçulmano
Todo e qualquer ser humano

Saiba,
Todo mundo teve pai
Quem já foi e quem ainda vai
Lao Tsé, Moisés, Ramsés, Pelé
Ghandi, Mike Tyson, Salomé

Saiba,
Todo mundo teve mãe
Índios, africanos e alemães
Nero, Che Guevara, Pinochet
e também eu e você.

(Arnaldo Antunes – Saiba)

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi compreender como os profissionais dos setores de atenção à infância (escolas, unidades de saúde e conselho tutelar) da cidade de Santa Luzia - MG percebem o sofrimento psíquico em crianças, e se os modos de percepção desse sofrimento estariam circunscritos apenas no âmbito comportamental em razão de certa idéia que se tem da criança. Perguntamos se os discursos institucionais produzidos por esses setores, bem como a relação estabelecida entre eles, podem contribuir para a (re)produção de modos instituídos de se conceber a infância, negando o sofrimento psíquico em crianças, considerando-o como mero “comportamento desviante” a ser normalizado por um serviço especializado em saúde mental. Ao encaminhá-las para a correção desses comportamentos, esses setores estariam negando a possibilidade do sofrimento psíquico em crianças e também a possibilidade que elas se apresentem ao mundo de maneira diferente? Nessa perspectiva, procuramos investigar se a negação da loucura poderia se constituir como um possível impasse para a concretização do objetivo de (re)inserção social dos usuários da saúde mental, conforme propõe a Reforma Psiquiátrica brasileira, que visa inseri-la no social como uma das possibilidades de experiência humana. Nesse sentido, como principal procedimento metodológico, foram realizadas entrevistas com um grupo de profissionais que trabalham na área da saúde, educação e defesa de direitos de crianças e adolescentes. As entrevistas nos apontaram que os discursos institucionais proferidos sobre a criança se baseiam em um ideal de infância que contribui para a construção de modos de ser criança. Ainda, a análise dos discursos aponta para certa psicopatologização dos comportamentos infantis, negando a possibilidade de que uma criança seja considerada louca, ao circunscrever suas manifestações de sofrimento como comportamentos-problema a serem corrigidos pelo serviço especializado em saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi).

Palavras-chave: Criança. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Loucura. Rede. Análise do Discurso.

ABSTRACT

The present research has aimed at understanding the way the professionals related to the area of attention to childhood issues (schools, healthcare centers and Child Protective Service Councils) in the city of Santa Luzia, Minas Gerais, realize the psychic suffering in children, and if the ways of perception of such suffering would be restricted to some behavioral extent due to a preconcept about the child. We have inquired if the institutional discourses produced by these sectors, as well as the relationships established among them, could help the (re)production of instituted manners of seeing childhood, denying the psychic suffering in children, considering it as a mere “deviating behavior” to be brought back to normal state by a specialized healthcare service. When orienting these children to the correction of their behavior, would these sectors be denying the possibility of psychic suffering in them and also the possibility that they would present themselves to the world in a different way? Accordingly, we have investigated if the denial of insanity could constitute a possible obstruction to the fulfillment of the goal of (re)inserting users of mental health, as it is proposed by the Brazilian Psychiatric Reform, which aims at inserting them in the social environment as one of the possibilities of human experience. For that reason, the main methodological proceeding here was interviews with a group of professionals who work in the areas of health, education and defense of children and adolescents rights. The interviews have shown that the institutional discourses uttered about the child are based on an ideal of childhood that contributes to the construction of ways of being a child. The analysis of the discourses have also indicated a certain psychopathology attitude of child behaviors, denying the possibility of any child being considered as insane, when manifestations of suffering are delimited as a behavior problem to be corrected by the specialized service in mental health, named Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi).

Keywords: Child. Mental Health. Psychiatric Reform. Madness. Network. Discourse Analysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1. ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA INFANTIL NO BRASIL: PAVILHÕES DE SAÚDE E EDUCAÇÃO	18
1.1 O inferno em tons de poesia: Olavo Bilac no Pavilhão-Escola de Bourneville	22
1.2 Dos pavilhões-escola aos hospitais-escola em Minas Gerais.....	26
1.3 A infância a caminho de uma perspectiva antimanicomial	35
CAPÍTULO 2. METODOLOGIA	43
2.1 A Análise do Discurso.....	45
2.2 Compondo o contexto: a delimitação do campo empírico de pesquisa	50
2.3 A pesquisa e suas fases	53
CAPÍTULO 3. O CAMPO E SEUS DISCURSOS	57
3.1 Apresentando os dispositivos pesquisados.....	57
3.2 Uma primeira caracterização dos discursos por dispositivo	62
3.3 A interação dos dispositivos em rede	87
CAPÍTULO 4. PARA ALÉM DO CONCEITO DE LOUCURA EM FOUCAULT E SOBRE A PERCEPÇÃO DE LOUCURA EM CRIANÇAS	96
4.1 Desatino e razão: A loucura, a ciência e seu tratamento da Idade Média à Modernidade.....	99
4.2 Algumas considerações sobre a percepção de loucura em crianças	108
REFERÊNCIAS	118
APÊNDICES	126

INTRODUÇÃO

A partir da minha inserção profissional como psicólogo nos atendimentos clínicos de crianças e adolescentes, e como coordenador do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi)¹ de Santa Luzia - MG, percebi que a maioria das crianças que ali chegavam eram encaminhadas por escolas públicas, unidades básicas de saúde – via Programa de Saúde da Família (PSF) – e conselho tutelar. Apreendi, ainda, que na maioria desses encaminhamentos, escritos e/ou verbais, parecia haver um pedido de “pedagogização” para os comportamentos que se encontravam em desacordo com um suposto “padrão de normalidade”, por exemplo, os encaminhamentos de crianças com mais de sete anos que ainda não haviam adquirido a habilidade de leitura quando se esperava que o fizesse até tal idade.

Tal fato fez-me pressupor que o sofrimento psíquico em crianças parecia ser concebido, pelos setores que as encaminhavam para tratamento, como um desvio, como algo que vai na contramão dos ditos “comportamentos normais”, muitas vezes sustentados pelas práticas de saúde, escolares, jurídicas, sociais, dentre outras, que sob os signos de “zelar” pelo “bem-estar” social e pela ordem pública, acabam impondo um modo de ser criança. Para além desses pedidos do social, também se identificavam pedidos dos pais ou responsáveis, que procuravam o CAPSi para o tratamento dessas crianças quando percebiam que seus comportamentos eram “diferentes” das crianças consideradas “normais”. Nesse contexto, os encaminhamentos endereçados ao CAPSi, enquanto um serviço especializado em saúde mental, faziam-se “urgentes”, como se este fosse capaz de “consertar”, corrigir ou restaurar nas crianças os padrões da boa convivência social e da suposta “normalidade”. A partir dessas circunstâncias vivenciadas na prática profissional, assim como da sistematização teórica² que vinha produzindo, pressupus que os setores de atenção à infância e adolescência, desconsideravam o sofrimento psíquico, ou a loucura em crianças, velando-a sob o “*manto da deficiência*” (Ferreira, 2004) ao invés de considerá-la enquanto uma manifestação da diferença. Ainda

¹ Local de tratamento em meio aberto, substitutivo ao manicômio e destinado a acolher crianças e adolescentes portadores de sofrimento mental grave ou em momentos de crise segundo as orientações do Ministério da Saúde e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Visa a (re)inserção e circulação social da loucura enquanto uma das diferenças que constituem a sociedade.

² Falo disso, pois vinha problematizando e sistematizando teoricamente o quadro vivenciado na prática, através de minha pós-graduação *Latu sensu* em Saúde Mental e Psicanálise, assim como participações em eventos acadêmicos e científicos da área de saúde mental, e algumas produções teóricas de minha autoria.

outros impasses surgiam no contexto profissional, sendo alguns considerados mais difíceis de transpor, como por exemplo, a questão da (re)inserção social das crianças que saíam do tratamento no CAPSi e necessitavam ser acolhidas na rede ampla de atenção à infância e adolescência. Faz-se necessário esclarecer a concepção utilizada acerca da (re)inserção social como a possível (re)construção de um novo lugar na sociedade para essas crianças, já que todas, de alguma maneira, encontram-se inseridas em algum lugar no discurso. Mas, a mim parecia tratar-se de uma inserção via discurso da deficiência, como negação da loucura enquanto diferença, e, portanto, passível de pedagogização e normalização. O problema foi se delineando a partir das dificuldades observadas na prática dos setores encaminhadores que demonstravam não compreender que os comportamentos considerados por eles “desviantes ou anormais” não alcançariam o esperado “padrão de normalidade”. Nesse sentido, o reconhecimento de tal fato os convocaria à reinvenção de seus fazeres numa postura acolhedora da diferença, não reduzindo o sofrimento psíquico à anormalidade ou a uma doença, mas concebendo-o como uma das diferentes formas de existência. Então, como sugerir-lhes uma mudança de postura para o acolhimento das diferenças se pareciam não reconhecê-las para além da “anormalidade” e da deficiência? Se a Reforma Psiquiátrica Brasileira objetiva a extinção progressiva dos manicômios bem como sua lógica de exclusão, através da implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, sendo o principal deles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como pensar a (re)inserção de crianças portadoras de sofrimento mental grave, quando a tendência dos setores de atenção à infância (educação, conselho tutelar e saúde) é considerá-las como passíveis de correção e pedagogização? Os discursos utilizados como justificativa para seus encaminhamentos, pareciam sinalizar certa intolerância com a diferença e uma dificuldade em escutar e compreender essas crianças. O caminho naturalizado, então, seria encaminhá-las ao CAPSi numa perspectiva de que este pudesse operar a normalização das diferenças e correção dos comportamentos dissonantes com um padrão esperado ou idealizado de “normalidade”. Poderia esse fato conflitar-se com a idéia de (re)inserção social à luz da Reforma Psiquiátrica gerando, assim, algum impasse?

Sabemos que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é considerada como um processo de desinstitucionalização amplo e complexo que visa à inserção da loucura no social, contrapondo-se a práticas exercidas desde o século XIX que dispensaram

aos loucos o recolhimento em asilos ou hospitais psiquiátricos. Desde a criação em 1852 do Hospício D. Pedro II, após reivindicação médica para o tratamento e recuperação das faculdades mentais dos loucos, vimos constituir-se no Brasil ao longo de 150 anos uma história de carreiras manicomiais protagonizadas pelos doentes mentais, em muitos casos desde a infância ou adolescência. Várias instituições, como o Hospital Colônia de Barbacena - MG, surgiram no cenário nacional ofertando tratamento asilar aos doentes mentais e submetendo a loucura ao saber/poder psiquiátrico e a uma vida insípida dentro dos muros dos manicômios brasileiros (Amarante, 1998; 2008; Resende, 2001; Vizzotto & Coga, 2003). Apesar de seu caráter científico e sob a premissa de que as práticas exercidas nos hospitais psiquiátricos constituíam-se como tratamento, a assistência prestada aos internos era baseada em macroestruturas segregacionistas com ausência absoluta de recursos técnicos, materiais e humanos (Nicácio, 2005).

Num contexto de denúncias de violência, exclusão, segregação e maus-tratos exercidos nos grandes hospícios brasileiros, no fim dos anos de 1970, o hospital psiquiátrico foi colocado em xeque por iniciativas do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Na tentativa de mudar o quadro de inoperância do hospital psiquiátrico e seu caráter totalitário, desumano, produtor de morte física e subjetiva, iniciou-se no Brasil o movimento de Reforma Psiquiátrica que, sustentado pelo desejo de construir uma sociedade sem manicômios, promoveu vários debates em prol dos direitos e cidadania dos loucos. A proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a substituição do modelo manicomial e de suas diversas formas de exclusão. Na década de 1980 tal proposta ganhou notoriedade no questionamento da clausura, do estatuto do saber psiquiátrico e sua função enquanto ciência a serviço do controle e repressão social. (Amarante, 1998; 2004; 2008; Nicácio et. al, 2005; Nick & Oliveira 1998; Tenório, 2002). Especificamente, em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a participação de trabalhadores, familiares, usuários e agentes de movimentos sociais que apontou a necessidade de uma nova legislação para a assistência em saúde mental brasileira, a falência do modelo manicomial e hospitalocêntrico, a mercantilização da saúde e a necessidade da invenção de serviços extra-hospitalares (Amarante, 1998; 2004; Nicácio et. al, 2005; Nick & oliveira 1998; Resende, 2001; Tenório, 2002). Ainda em 1987, ocorreu na cidade de Bauru o II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental sob a insígnia *“Por uma Sociedade sem manicômios”*. Concretizando-

se no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, politicamente orientado pela construção da cidadania do louco e sua inclusão social, devido à sua característica radical de rechaço aos manicômios, o movimento reivindicou novas formas e modalidades de atenção para o portador de sofrimento mental, em contraposição ao modelo psiquiátrico tradicional (Amarante, 1994). Assim, convocou a sociedade a se responsabilizar pela inclusão do portador de sofrimento mental através da articulação de uma rede de assistência que libertasse a loucura do saber psiquiátrico que fez dela sua cativa. Entretanto, para uma cultura que encarnou a figura do louco como um ser perigoso, aceitar a desmontagem do aparato manicomial e a convivência com a loucura não é fácil. Ainda, na década de 1980, ocorreu a desmontagem do manicômio em Santos - SP e a criação de serviços abertos denominados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em substituição à estrutura manicomial (Amarante, 1998; 2008; Braga & Maierovitch, 2000; Tenório, 2002). Após a repercussão da experiência de Santos, em 1989 o deputado Paulo Delgado propôs o projeto de lei (PL 3.657/89) visando regulamentar a assistência em saúde mental no Brasil. Entretanto, apenas no ano de 2001 foi sancionada a Lei 10.216, que dispõe sobre a assistência e tratamento para as pessoas portadoras de sofrimento mental. A política de assistência psiquiátrica no Brasil assumiu um caráter inovador e novos serviços denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados na perspectiva de atendimento aberto e em rede, amparados pela Portaria MS 336/02 (Amarante, 2008; Andreoli, 2007; Ferreira Neto, 2008; Ministério da Saúde, 2004; Nick & Oliveira 1998; Ribeiro, 2011). Dessa época aos dias atuais, o campo da saúde mental no Brasil vem passando por significativas transformações na tentativa de mudar os rumos da assistência psiquiátrica. O abandono, a violência e a segregação estão, gradativamente, sendo substituídos por outras formas de cuidados, que se deslocaram das mãos do médico para uma equipe multiprofissional envolvida em diversas modalidades de assistência minimizando os riscos de seus usuários construírem uma “carreira psiquiátrica ou manicomial” (Passos, 2003).

Daquela época aos dias atuais, o campo da saúde mental no Brasil vem passando por significativas transformações. Entretanto, não é sem dificuldades, que a Reforma Psiquiátrica brasileira avança, convocando a sociedade e a gestão pública para junto dela (re)pensar suas práticas, num constante movimento de construção-desconstrução, rumo à invenção de novas formas de cuidado que suporte o real da loucura (Couto, 2004). Contudo, com relação às crianças e

adolescentes, ainda há muito que ser feito. Veremos que para eles, apenas no ano de 2002, a partir da portaria MS 336/02, uma política nacional de saúde mental se desenhou, superando certa desassistência e silenciamento sobre as especificidades dessa faixa etária no campo da saúde mental. O que teria motivado esse silenciamento? Que tipo de assistência se destinou para as crianças e adolescentes ao longo dos tempos? O que foi feito ou pensado antes e após a promulgação da portaria MS 336/02? As crianças são consideradas pelos setores que delas cuidam como sujeitos que também podem encontrar na loucura uma resposta para seu sofrimento?

Tendo como ponto de partida tais inquietações e a partir da retomada histórica da assistência psiquiátrica às crianças no Brasil e em Minas Gerais, essa pesquisa visa identificar os modos de percepção do sofrimento psíquico em crianças, por profissionais dos setores de atenção à infância (escolas, unidades de saúde e conselho tutelar), da cidade de Santa Luzia. O objetivo é analisar se os discursos institucionais produzidos por esses setores contribuem para a (re)produção de modos instituídos de conceber a infância, negando o sofrimento psíquico em crianças considerando-o como mero “comportamento desviante” a ser normalizado por um serviço especializado, criando, dessa forma, possíveis impasses para a concretização do objetivo de (re)inserção social dos usuários proposto pela Reforma Psiquiátrica.

Buscando alcançar os objetivos propostos acima, essa dissertação foi organizada de modo a contemplar, em seu primeiro capítulo, aspectos teóricos relativos à história da assistência psiquiátrica infanto-juvenil no Brasil, priorizando os marcos da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial a fim de refletir sobre o que foi feito ou pensando para crianças no campo da saúde mental.

No segundo capítulo, descrevo a metodologia adotada na pesquisa. Apresento uma breve teorização sobre a análise de discurso (AD), o campo empírico e como se deu a constituição do problema de pesquisa, as fases e procedimentos empreendidos na coleta de dados. A apresentação dos dispositivos investigados e dos dados de pesquisa, obtidos através das entrevistas com os trabalhadores da rede de atenção à infância do município de Santa Luzia - MG, e as análises e reflexões construídas encontram-se organizadas no terceiro capítulo.

O quarto capítulo é dedicado à discussão acerca do conceito de loucura a partir de pressupostos foucaultianos. Também, articulado aos dados de pesquisa

propõe uma reflexão sobre a percepção da rede de atenção à infância com relação à possibilidade de se considerar a loucura em crianças, e como isso poderia incidir sobre a Reforma Psiquiátrica, especificamente, no campo da saúde mental infanto-juvenil.

CAPÍTULO 1. ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA INFANTIL NO BRASIL: PAVILHÕES DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Sabemos que a desatenção nos cuidados para com a criança não se deu apenas no campo da saúde mental e, principalmente, nas três décadas de instauração da reforma psiquiátrica no Brasil. Segundo Ariès (2006), ela foi historicamente construída. Desde a Idade Média até o século XVIII, não havia nenhum comprometimento com a idéia de infância e, menos ainda com as crianças que portavam o enigma da loucura ou algum outro distúrbio. O reconhecimento das particularidades da infância, de acordo com Marçal Ribeiro (1997) surgiu no século XVIII com o advento da modernidade. Nesta época a Pedagogia começou a conceber a criança como um indivíduo. A partir de então, os educadores preocupados com as crianças portadoras de algum distúrbio iniciaram trabalhos específicos com a infância, sendo “Johann Heinrich Pestalozzi [...] o fundador dos primeiros ensaios no atendimento infantil institucionalizado” (Schmid, 2004, p.112). Ainda segundo esta autora Friederich Frobel, discípulo de Pestalozzi, fundou em 1873 o primeiro jardim de infância por acreditar que os cuidados para com as crianças não deveriam permanecer apenas sob a responsabilidade da família. Nesse sentido, não podemos, então, negar que o interesse das instituições de caráter pedagógico por esta parcela da população foi inicialmente importante, pois foram elas que conferiram um lugar diferenciado para o cuidado e tratamento de crianças, mesmo que seu olhar sobre a infância ainda estivesse equivocado aos olhos de hoje.

No entanto, se as crianças necessitavam de um cuidado educacional diferenciado, o mesmo não aconteceu com os cuidados médicos-psiquiátricos. À despeito de Pinel, por volta dos anos de 1800, ter publicado em seu *“Tratado médico filosófico sobre alienação mental”* a descrição das doenças mentais e seus sintomas, em especial as psicoses e alucinações observadas no período em que foi médico-chefe do Asilo para alienados em Bicêtre e do hospício de Salpêtrière na França, apenas por volta do ano de 1896 que Kraepelin, realizou um minucioso trabalho descritivo e classificatório das doenças psiquiátricas, – base para os sistemas diagnósticos atuais, dentre eles a Classificação Internacional das Doenças (CID 10) que surgiu em 1992. Contudo, de acordo com Schmid (2004) não havia neste

“manual de Kraepelin”, nenhum destaque para as doenças mentais na infância. O cuidado específico para com a infância não adveio da medicina e tampouco da psiquiatria que, segundo Marçal Ribeiro (1997), até o século XIX na sua classificação das doenças psiquiátricas, apenas descrevia algumas informações gerais e isoladas sobre a deficiência mental, baseadas nas idéias de Kraepelin, e nada explicitava sobre outras doenças mentais infantis e suas características próprias. Assumpção Jr. (1994), aponta que nessa época acreditava-se que a criança não teria um aparelho psíquico estável, portanto estaria imune às alterações duráveis e na verdade as doenças só poderiam causar um distúrbio de desenvolvimento, afetando-lhes a inteligência. Sendo assim, as doenças mentais na criança estavam subordinadas apenas à classificação das oligofrenias, casos onde há um déficit de inteligência, constituindo-se como debilidade, imbecilidade e idiotia.

No Brasil, especificamente, apenas no século XIX é que novas formas de se conceber a infância se constituíram. Apesar de a população infantil ser dizimada por alguns males, esta não foi inicialmente foco de maiores cuidados e preocupação médica, pois nessa época o pensamento religioso era encarregado da explicação das mazelas que se abatiam sobre as crianças. Nesse sentido, as patologias da infância não eram foco da atenção médica no Brasil. Ainda, segundo Costa (1999) no momento em que a infância teve voltada sobre si a atenção da medicina, foi mais para atender a demanda de controle social que de cuidados médicos. De acordo com Lobo (2007), as questões relacionadas aos cuidados médicos, eram direcionadas ao funcionamento dos colégios internos, aos expostos das rodas das Santas Casas de Misericórdia, à preocupação com o aleitamento feito por amas-de-leite, à higiene dos recém-nascidos, dentre outros. Do Brasil Colônia ao Império, as ações voltadas para a infância se referiam aos costumes e comportamentos infantis. Num contexto cruel, autoritário e opressor o interesse sobre as crianças, de acordo com Ribeiro (2006), não ia para além da docilização de seus corpos e comportamentos a fim de torná-las adultos subservientes e passivos. Nenhuma relevância se dava às possibilidades de que algum distúrbio mental pudesse se instaurar sobre elas dentro desse contexto.

A questão da saúde mental infantil, enquanto um campo para intervenção, cuidados e estudos, só se estabeleceu a partir da segunda metade do século XIX ao início do século XX, época em que “surgiram as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria, e quando foi criado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro – o Hospício

D. Pedro II, em 1852 – seguido de vários outros ao longo do território nacional” (Ribeiro, 2006, p.29), que reservavam alas especiais para o tratamento de crianças. Ademais, segundo este autor, as primeiras teses vinham se organizando em torno do tema da deficiência mental ou idiotia. Entretanto, “a idiotia e a surdo-mudez na infância eram apenas citadas nos textos médicos como resultados dos desregramentos morais (onanismo, pederastia, alcoolismo, promiscuidade) e, principalmente, dos casamentos consangüíneos” (Lobo, 2007, p.65). A preocupação médica da época era a limpeza e assepsia do espaço urbano, objeto privilegiado das práticas higienistas que se instauraram em terras brasileiras sob a premissa de constituição de uma sociedade moderna.

Contudo, de acordo com Santos (2008), a modernização e a industrialização trouxeram a pauperização das cidades, o desemprego, o aumento da criminalidade e violência, culminando na necessidade de intervenções que visavam restaurar a ordem social moderna. O projeto higienista de cidade retirou das ruas os bêbados, mendigos, vadios, dentre outros, que a cada dia se tornavam mais repulsivos e ameaçadores para a sociedade, produzindo assim a internação indiscriminada de todos os indesejáveis sociais (Costa, 1999), dentre eles as crianças. Àquelas pobres filhas de operários, que encontravam na rua diversão ou meio de sobrevivência, destinou-se a repressão, apreensão, punição e a educação por meio do trabalho como práticas restauradoras de suas condutas, visto que passaram a ser consideradas como um grande problema para a ordem pública e social, requerendo uma intervenção do Estado. O destino dado a essas crianças era o atendimento social, as casas de correção, abrigos, reformatórios, a misericórdia e a filantropia de instituições religiosas, e os hospitais psiquiátricos em precárias condições (Passeti, 2008).

A situação das instituições voltadas para a infância tornava-se cada vez mais problemática. Especificamente, no que diz respeito à saúde mental, no início do século XX, a precariedade do Hospício D. Pedro II era visível. Denúncias foram feitas sobre e, de acordo com Lobo (2007), a mistura entre calmos e violentos, curáveis e incuráveis, a situação de promiscuidade em que se encontravam adultos e crianças fizeram com que providências fossem tomadas no sentido de separá-las dos adultos, pois, essa mistura permaneceu

[...] entre os internos do Hospício Nacional de Alienados até 1903, quando será inaugurado o primeiro pavilhão para crianças anormais do Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro: o Pavilhão-Escola de Bourneville para Crianças Anormais (Lobo, 2007, p.65).

Este pavilhão foi durante muito tempo, o único em território nacional. Recebeu o nome de um famoso médico francês cujo método de tratamento e educação, serviu como base para as práticas exercidas naquele espaço.

Segundo Lobo (2007), para a instalação desse pavilhão foram realizadas, na época, intervenções nas estruturas físicas do Hospício D. Pedro II. Dentre as modificações, algumas salas foram reservadas para a educação das crianças, outras para correção de seus corpos através da ginástica. Construiu-se também, um jardim em formato geométrico visando educar espacialmente e visualmente os internos. Entretanto, apesar das mudanças estruturais não havia pessoal habilitado para o trabalho específico que ali se desenvolveria: a educação das crianças através do trabalho e aprendizagem de um ofício. Assim, vários materiais – utilizados pelo médico que emprestou seu nome ao pavilhão –, foram adquiridos visando ao funcionamento pleno e eficaz do novo espaço.

Em 1904, seu primeiro ano de funcionamento, o Pavilhão-Escola acolhia em torno de 36 crianças (Ministério da Justiça, 1905 apud, Lobo, 2007, p.76). No entanto, com o passar do tempo tornou-se superlotado, sem espaço e com crianças dormindo no chão. Diante desse contexto, no ano de 1908, foi autorizada a expansão de uma de suas alas para que assim pudesse receber mais crianças. Nessa mesma época o diretor do Pavilhão-Escola de Bourneville advogava em favor da criação de uma instituição voltada especialmente às crianças anormais da capital brasileira (Ministério da Justiça, 1908 apud Lobo, 2007, p.77). Sendo o espaço considerado incipiente, um ano após sua primeira expansão, Bourneville teve outra ala ampliada.

Frente à grande demanda por internação de crianças, a expansão do local se dava ano após ano. Tal fato sinalizava para as autoridades da época a necessidade de se criar um espaço destinado especialmente às crianças. Para Lobo (2007, p.77) “a consolidação do poder médico e o sucesso das campanhas de profilaxia dirigidas à proteção da infância ajudaram a divulgar a necessidade de internação”. O Asilo, destinado às crianças “idiotas ou imbecis”, constituía-se cada vez mais como local legítimo e adequado para tratá-las. Além disso, esse espaço impedia que elas se

tornassem um empecilho para suas famílias e para a sociedade. Acreditava-se também, que a estrutura institucional as protegia de possíveis constrangimentos sociais, e que através de seus aparelhos de ginástica e método de tratamento poderia guiá-las a uma vida melhor (Figueira, 1910 apud Lobo, 2007 p.77).

Nessa perspectiva, assim como a instituição psiquiátrica, os pavilhões destinados à infância também proliferaram ao longo do território brasileiro. De acordo com Ribeiro (2006) após a criação do Pavilhão-Escola de Bourneville para crianças no Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, foram inaugurados: em 1921, um pavilhão no Juqueri em São Paulo; em 1929, um Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico em Minas Gerais, sob as coordenadas de Helena Antipoff, que posteriormente fundou a sociedade e o Instituto Pestalozzi destinados aos cuidados de crianças deficientes mentais; e em 1925 um Instituto de Psicologia, no estado de Pernambuco, responsável por várias pesquisas sobre a inteligência em crianças, enfatizando a estreita relação que vinha se estabelecendo entre psicologia, pedagogia, psiquiatria e a deficiência mental.

Apenas em 1942, de acordo com Lobo (2007) o Pavilhão-Escola de Bourneville foi desativado, quando foi criado o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil no Engenho de Dentro, na cidade do Rio de Janeiro. Ademais, a expansão da rede de educação pública e a criação de classes especiais para crianças consideradas deficientes, contribuíram para o fechamento do Pavilhão. Entretanto, “a passagem pela escola, passou a ser, então, momento áureo da detecção dos anormais mediante toda sorte de classificações e gradações de anormalidade, cada vez mais apuradas” (Lobo, 2007, p.78). Às crianças que não chegaram a freqüentar as escolas, seja por questões econômico-financeiras ou mesmo pela severidade de seus distúrbios, restaram esmolas da caridade e da filantropia brasileira.

A Assistência psiquiátrica infantil no Brasil estabeleceu uma íntima relação com a educação. Todos os pavilhões destinados à criança portadora de algum distúrbio mental desenvolviam funções pedagógico-educacionais, moralização dos corpos e comportamentos. Com o objetivo de ilustrarmos essa relação estabelecida entre a assistência psiquiátrica infantil e a educação, relataremos a visita feita por Olavo Bilac à época da inauguração do Pavilhão de Bourneville.

1.1 O inferno em tons de poesia: Olavo Bilac no Pavilhão-Escola de Bourneville

Em visita ao Hospício D. Pedro II, que acabara de ser restaurado, no ano de 1905, Olavo Bilac relata suas impressões sobre aquele espaço, desde a primeira vez que estivera de frente para ele há 21 anos em uma noite boêmia entre amigos, quando decidiram ir até a praia da Saudade para ver o hospício à luz da lua. Tal decisão fora tomada após um deles ter dito: “Como seria belo agora, um passeio à praia da Saudade! Oh! ver o hospício sob este luar...” No entanto, desse passeio, Bilac revela o quão horrendo fora a experiência.

Na praia da Saudade, em frente ao Hospício, paramos... E um de nós, – excesso de romantismo! –, soltou um grito violento, um grito de louco, que se foi perder, depois de reboar pelas serras vizinhas, no seio da noite esplendida [...] O Hospício, branco e sinistro, levantava-se cercado da indizível melancolia e do indefinível mysterio que o luar costuma emprestar às cousas e aos logares... E, respondendo ao grito sacrílego do bohemio, respondeu sahindo de dentro do Hospício, um outro grito medonho –, um grito lascinante, de fera, entrecortado, gargalhado, horripilante... Adormecida embora, àquella hora mansa da noite, a Casa do Sofrimento vivia, povoada de sonhos allucinados... E, fugimos d’alli, correndo, com os cabellos eriçados, e com a alma cheia de horror... (Bilac, 2000, p.307-308).

Passados 21 anos da primeira impressão que o Hospício lhe evocara, Olavo Bilac retorna a ele após várias reformas realizadas devido às denúncias da imprensa sobre o abandono, o descaso e a miséria em que se encontrava o local. Relata, ainda, que esteve na instituição outras vezes, após aquela noite. No entanto, agora, sua impressão de horror se desfazia, devido à “radical transformação, e a reabilitação material e moral do velho estabelecimento...” (Bilac, 2000, p.308).

Segundo ele, antes da intervenção, as enfermarias eram sujas, escuras, com vários loucos vestindo roupas esfarrapadas, deitados pelo chão. Tratados aos moldes pinelianos tinham na barbárie, brutalidade e ineficácia, um tratamento ultrapassado que naquela época vinha se constituindo de uma nova forma a partir das mudanças em sua estrutura.

Hoje o Hospício é um palácio... O que era uma gehenna infecta e maldita, só geradora de asco e terror, – um lugar de destino e suplício, povoado d’aquelles mesmo gritos allucinados e terríveis, qu há vinte e um annos, me haviam apavorado e martyrizado, – é hoje

um asylo calmo e piedoso, em que a brandura substituiu a violência, e em que os orphãos da razão, tutelados pelo Estado, são tratados como homens... Hoje, no Hospício, os enfermos... bem alimentados, bem alojados... entregues aos cuidados de médicos moços... dispostos a provar à luz da evidência que não é com a brutalidade da camisa-de-força, da pancada e do quarto-forte, que se pode restituir o raciocínio ao cérebro perturbado de um louco... Hoje, no Hospício Nacional, quando os visitantes perguntam: “Onde estão os loucos furiosos?”, os médicos respondem com um sorriso de triumpho: “não há!...” (Bilac, 2000, p.309).

Apesar de admirado com as mudanças estruturais feitas no Hospício Nacional, confessa que o motivo maior de sua visita era conhecer o novo serviço, instalado há pouco mais de um ano e destinado a crianças, o Pavilhão-Escola de Bourneville, dirigido por um de seus amigos que assumira o “posto humilde e sagrado de médico e educador de crianças infelizes” (Bilac, 2000, p.309). E, que imbuído por um nobre sentimento se dedicava a

[...] tomar um cérebro criança, já empolgado pela loucura e procurar accender na sua treva a luz do raciocínio despertando as suas células do torpor em que jazem [...] resolvendo e adubando esse terreno naninho, e acompanhando depois o difícil desabrochar e o lento crescer das idéias que n'elle nascem, n'elle germinam, n'elle se desenvolvem e expandem, como uma mysteriosa e caprichosa vegetação moral... (Bilac, 2000, p.309)

Antes da inauguração do referido Pavilhão, de acordo com Bilac, as crianças viviam aos gritos, espalhadas pelo chão como animais, num local que para elas se configurava como um “limbo sem esperança” (Bilac, 2000, p.310). Naquele espaço destinado aos incuráveis, idiotas e insanos as crianças caminhavam de encontro à morte. Consideradas seres humanos incompletos, poucas saíam dali equilibradas e com a razão restituída. Agora, sob o processo de tratamento e educação de crianças insanas, conhecido por método *Seguin*, aperfeiçoado por *Bourneville* poderia a partir da criação do pavilhão “[...] remediar os erros da natureza, despertando a intelligencia adormecida dos seus pequenos pensionistas -, e à maneira de um esculptor de almas amassando, modelando, afeiçoando cérebros inertes, até animal-os de vida pensante” (Bilac, 2000, p.310).

Elogiando as mudanças efetuadas no local, Bilac descreve o Pavilhão-Escola de Bourneville, suas salas, o jardim pensado de maneira a contribuir para a educação espaço-visual das crianças, a escola e seus aparelhos utilizados para o

desenvolvimento do corpo, restauração da atenção e dos movimentos revelando às crianças idiotas que elas possuíam sentidos. O tratamento, descrito como um curso era constituído por fases e etapas.

Primeiro, o enfermo aprende a andar, a coordenar os movimentos das pernas, em carrinhos, com pontos de apoio para a axilla, perfeitamente iguaes aos que se usam para amparar os primeiros passos das creanças de um anno; depois, é preciso retirar-lhe o medo do movimento, e prevenir-lhe as vertigens, – e essa educação é gradual, indo do emprego das escadas simples e das barras paralelas, até o do ascensor mecânico dos balanços e de outros aparelhos de gymnastica (Bilac, 2000, p.311).

Assim, as crianças aprendiam, gradativamente, a comer utilizando-se dos talheres, vestirem-se sozinhas, etc. Tarefas simples, mas que para elas só era possível após várias tentativas. Numa repetição constante, o ensino-aprendizagem se dava preparando as crianças para as próximas fases, como por exemplo, reconhecer as letras, juntá-las, formar palavras e aprender a ler. Assim, o método adotava etapas: a educação dos sentidos, o desenvolvimento motor, aquisição de hábitos de vida diária, escrita e leitura. O Pavilhão-Escola de Bourneville contava, ainda, com um fonógrafo que possibilitava a aprendizagem das crianças via música, além de deixá-las calmas e felizes.

Uma vez por dia, os serventes trazem a sala principal do “Pavilhão Bourneville”, um grande phonographo. A chegada do aparelho é saudada por uma explosão de alegria. Quando soam as primeiras notas da musica, toda a criançaada, como obedecendo a um impulso irresistível, dança e pula, n’uma sarabanda jovial. Depois todos os pequenos socégam, formam um circulo em torno do phonografo, e assim ficam horas inteiras immoveis, embevecidos, transportados, alheios de tudo, embalados pela melodia... É um êxtase, que só termina, quando a voz do aparelho definha e morre, n’uma ultima nota arrastada. E nem só n’esse amor do phonografo se manifesta a influencia que a musica exerce sobre os nervos d’aquellas creaturas innocentes. Quasi todos os asylados cantam e dançam frequentemente: e alguns d’elles preferem a todos os brinquedos essas pequenas gaitas de sopro, que custam um nickel, e valem aos seus olhos um verdadeiro thesouro. A música, arte primitiva, é o encanto d’aquellas almas também primitivas... (Bilac, 2000, p.313).

Todas as atividades se davam sob o olhar de uma criatura bondosa, uma senhora, também insana, que vivia no Hospício, a tia Anna. A despeito das enfermeiras que ali trabalhavam, tia Anna era a preferida das crianças. Acreditava-

se que louca como elas, as entendia e acolhia como uma mãe. Sem receber nada pelo trabalho,

[...] o diretor comunicou a *“tia Anna”* que lhe ia mandar abonar uma pequena gratificação mensal, para recompensar o seu trabalho... Mas *“tia Anna”* nem quis ouvir o resto da frase; teve uma revolta instintiva, offendeu-se, predistou, e, na sua meia-lingua confusa, perguntou: *“desde quando as mães recebem paga pelo carinho com que tratam as filhas?!...”* (Bilac, 2000, p.312).

Assim, ao sair do Hospício Nacional de Alienados, novo nome adotado para o Hospício D. Pedro II após a proclamação da República, de acordo com Lobo (2007), Bilac tem desfeita sua primeira impressão. Ali dentro já não se encontravam feras controladas por enfermeiros. O Hospício Nacional de Alienados era o local de restituição moral e intelectual. Onde o trabalho de médicos se constituía em curar e salvar vidas.

1.2 Dos pavilhões-escola aos hospitais-escola em Minas Gerais

Conforme relatado, os pavilhões para tratamento de crianças foram implantados em outros estados do território nacional. Tendo em vista o campo em que se insere essa pesquisa, faremos um voo panorâmico sobre a história da assistência em saúde mental infantil em Minas Gerais, apontando também alguns fatos ocorridos em âmbito nacional que incidiram sobre ela.

Segundo Cirino (1992) existia no estado de Minas Gerais, especificamente na cidade de São João Del Rey, em 1817, uma enfermaria para doentes mentais na Santa Casa de Misericórdia, que prestava assistência a um público de 03 a 90 anos, sem distinções. E, certamente essas foram as primeiras internações de crianças ocorridas no estado de Minas Gerais. Cabe ressaltar que, à despeito do Pavilhão de Bourneville ter sido inaugurado em 1903 no Hospício Nacional de Alienados na cidade do Rio de Janeiro, especificamente para o tratamento de crianças, constituindo-se historicamente como a primeira Ala dedicada ao tratamento psiquiátrico infantil no Brasil, o autor acredita que isso se refira com relação à uma Ala psiquiátrica infantil dentro de um hospital psiquiátrico. Isso porque a história,

também, aponta para uma Ala dedicada ao tratamento psiquiátrico de crianças na cidade de São João Del Rey em Minas Gerais. Porém, tal Ala foi abrigada em um hospital geral e não possuía distinção entre crianças e adultos que tinham indiscriminadamente no mesmo espaço, os seus tratamentos.

Em 1903, ano em que foi publicada a Lei de assistência a alienados, primeira legislação brasileira específica sobre alienados e alienação mental, a Colônia de Barbacena começou suas atividades, inicialmente só para adultos. Nesse mesmo ano, Juliano Moreira solicitou verbas ao governo para que pudesse proceder às reformas necessárias no Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, afirmando a importância de se implantar um novo modelo de atendimento para crianças, bem como a necessidade da contratação de um médico que ficasse responsável por esse serviço, o que culminou na inauguração do Pavilhão-Escola de Bourneville (Silva, 2009), conforme explicitado anteriormente.

Os pavilhões destinados às crianças expandiram-se por todo território nacional e, de acordo com Cirino (1992), em 1922 reservaram-se no Manicômio de Barbacena pavilhões para o tratamento de crianças. Na mesma época foi inaugurado o Instituto Neuropsiquiátrico de Belo Horizonte, que também dispunha de alguns pavilhões para o tratamento de crianças e um laboratório de Psicologia para realização de exames de sanidade mental em crianças. Cabe ressaltar que o extinto Instituto Neuropsiquiátrico deu lugar ao atual Instituto Raul Soares. A criação de pavilhões para crianças veio como consequência da aprovação do Decreto 7680, que referendava a construção de pavilhões “especiais” para o tratamento de crianças “pervertidas” e “anormais”.

Consideram-se pervertidos os menores mendigos ou libertinos. São vadios os que vivem em casa dos pais ou tutor e guarda, porém se mostram refratários a receber instrução ou entregar-se a trabalho útil e sério, vagando pelas ruas e logradouros públicos. (Cirino, 1992, p.68).³

Percebemos que mesmo se tratando de um espaço hospitalar, o foco de intervenção eram as crianças que de alguma maneira traziam algum incômodo social ao tomarem as ruas como espaço de sobrevivência ou que nelas imprimissem algo que

³ Pode-se, aqui, fazer uma analogia do movimento de exclusão da criança e do adolescente no campo da assistência à saúde mental ao grande enclausuramento de mendigos, leprosos e prostitutas da Europa do século XVIII, tratado por Foucault em “*História da loucura na Idade clássica*”.

remetesse ao medo e descontrole. E, também, aqueles que de certa forma não se enquadravam na ordem social vigente.

Dentro da lógica da expansão de instituições psiquiátricas pelo Brasil, segundo Ribeiro (2008), no ano de 1927 a partir do decreto 7556, que orientava a instalação de asilos regionais para melhorar o atendimento aos doentes mentais nas cidades do interior, foi criado o Hospital Colônia da cidade de Oliveira em Minas Gerais, inicialmente destinado a mulheres indigentes. No entanto, no ano de 1946 esse hospital foi “re-aparelhado e transformado em Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil com capacidade para 300 leitos. O Hospital recebia crianças de 0 até 16 anos, indigentes e portadoras de neuropatias ou psicopatias agudas ou curáveis” (Ribeiro, 2008, p.7). Havia ainda, uma escola anexa ao prédio do hospital. O Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil de Oliveira funcionou até o ano de 1974. E muito se fala de seu declínio, mas não se sabe ao certo localizar os motivos de seu fechamento. Alguns advogam que ocorreu como consequência do tratamento inadequado oferecido aos internos, desvios de verbas, mortes de crianças por uso indiscriminado de psicotrópicos, etc., “outros argumentam que Barbacena era mais bem estruturada e preparada para receber os doentes mentais” (Ribeiro, 2008, p.9) e que o Hospital Colônia de Oliveira não respondia aos critérios da época para que continuasse a funcionar. Ainda, de acordo com Cirino (1992), após o fechamento do hospital onde se encontravam toda a espécie de marginalizados sociais, desde crianças abandonadas àquelas consideradas delinqüentes, as crianças foram transferidas para Barbacena.

Do mesmo modo, na perspectiva de uma política de assistência à criança e ao adolescente foram criados em âmbito nacional o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) e o Serviço Nacional de Doenças Mentais, no ano de 1941. O SAM objetivava fiscalizar as instituições que ofereciam atendimentos às crianças e adolescentes, considerados menores abandonados e desvalidos que eram remetidas às casas de correção, às escolas de reforma, educandários e até mesmo presídios. Por razões de desvios de verba, clientelismo, dentre outros, no ano de 1968 o SAM foi extinto e deu lugar à Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM), que visava velar para que a grande massa de crianças e adolescentes abandonados que vinha se formando não se constituísse como real ameaça à ordem pública. Nessa época, o Brasil encontrava-se sob um governo militar e a manutenção da ordem parece ter sido a máxima que orientava as ações do Estado perante todo e qualquer tipo de

problema social. A infância e a adolescência material e moralmente pobre constituíram-se nessa época, foco das intervenções corretivo-repressivas dando início a internação em larga escala de crianças e adolescentes consideradas pervertidas, delinquentes e abandonadas. Visando à eficácia de seus serviços a FUNABEM subsidiou as Fundações Estaduais de Bem Estar do Menor (FEBEM's) nos diversos estados brasileiros com objetivo de acolher crianças e adolescentes em situação irregular. As condições físicas e a forma de tratamento empreendida nesses espaços em pouco ou nada se diferiam daquelas praticadas nos grandes hospitais psiquiátricos. E, a despeito de não se tratar de uma instituição específica do campo da saúde mental, a FUNABEM e suas correlatas FEBEM's contribuíram para o enclausuramento de crianças e jovens que se apresentavam refratárias a outros tipos de intervenções ou que não se adequava a certo parâmetro social. Ademais, houve nesse período de internação dos indesejáveis sociais, uma espécie de parceria entre a saúde e a justiça, que preocupadas com a origem dos comportamentos agressivos, delinquentes e desviantes em crianças e adolescentes, referendaram a fundação de institutos especializados com o objetivo de prevenir e normatizar tais comportamentos a partir da identificação e recolhimento dessa parcela da população. Assim, a parceria entre saúde e justiça associou comportamentos anti-sociais às psicopatologias.

Nesse campo, especificamente em Minas Gerais, por volta do ano de 1977 foi criado na cidade de Barbacena, o Instituto de Psicopatologia e Estudo do Menor (IPEME), que ligado diretamente à FUNABEM e à FEBEM objetivava prestar assistência a menores que tivessem em seu histórico infrações e vestígios de sofrimento mental. Assim, a periculosidade também foi associada às crianças com transtornos mentais, que poderiam constituir-se como um perigo para a sociedade (Ferreira, 2001). Podemos inferir que, para tais instituições, mesmo inscritas dentro de uma política de assistência, o que importava não era o tratamento da criança, tampouco sua escuta, mas retirar do convívio social aquele que portava traços indesejáveis de se ver e que se constituía como potencial algoz para a sociedade. Sustentado por um discurso moral e excludente o IPEME contribuiu para a segregação de crianças e adolescentes em Minas Gerais. Dessa maneira, torna-se fundamental pensarmos que o enclausuramento e a “manicomialização” de crianças e adolescentes se deram em instituições diversas e não apenas em locais instituídos para os cuidados em saúde como os hospitais psiquiátricos. Podemos no caso de

crianças, fazer uma analogia desses espaços com o manicômio, para que este deixe de ser enfrentado e localizado apenas nas estruturas físicas dos hospitais e pensado de acordo com alguns autores, como toda referência conceitual e ideológica produzida pela psiquiatria. Ou, como toda e qualquer lógica que se impões sobre o a vida do outro desconsiderando qualquer rastro de subjetividade (Amarante, 1998; Nick & Oliveira 1998; Tenório, 2002). Nessa lógica, podemos considerar a FUNABEM, FEBEM e o IPEME enquanto manicômios, uma vez que o saber/poder psiquiátrico também contribuiu para referendar suas práticas - operacionalizadas pela via da imposição e conseqüente apagamento das subjetividades.

O Instituto de Psicopatologia e Estudo do Menor (IPEME) preenche áreas de atividade de relevante significação para o estado moderno e, sobretudo, para nosso país, como sejam a prevenção social, o tratamento e recuperação do menor de conduta anti-social e características psicopatológicas. Cuida assim, de agentes criminosos da maior periculosidade, quer pelas condições inerentes ao vigor da idade, quer pelas graves perturbações mentais que ditam o comportamento e o registro dos acontecimentos dolorosos de que tem participado. [...] o IPEME, em convênio com o Instituto de Assistência Social e Estudos Psicopatológicos (IASSEP), realiza uma obra singular, mas polivalente, com a atribuição de Centro de Custódia, de núcleo escolar de profissionalização, de hospital psiquiátrico e de campo de pesquisa, visando à obtenção de modelo de prevenção social e recuperação de jovens com a tipologia acima citada (Andrada, 1979, p.5, apud Ferreira, 2001).

Percebemos que este tipo de instituição (IPEME) vem referendar no campo da ciência e do Estado Moderno, a associação entre comportamento anti-social e características psicopatológicas que legitima a dimensão da periculosidade atribuída ao louco e, conseqüentemente, sua exclusão. Portanto, as respostas encontradas para lidar com as crianças abandonadas, infratoras, acometidas por sofrimento mental foram, ao longo da história brasileira, marcadas pela concretude da construção de Instituições que pudessem sanar tais problemas, mesmo que para isso fosse preciso enclausurá-las ou retirá-las do convívio social.

Com relação ao já citado Serviço Nacional de Doenças Mentais, contemporâneo ao SAM, foi criado para incentivo financeiro aos estados, objetivando melhorar a assistência psiquiátrica ofertada naquela época. As verbas destinadas ao estado de Minas Gerais teriam sido usadas para a construção do Hospital Neuropsiquiátrico Infantil (HNPI) e do Instituto de Psicopedagogia em 1947 na capital. Estes foram instalados nas dependências do antigo Hospital Militar com a

função de referenciar os casos de saúde mental de crianças e adolescentes de todo o estado de Minas Gerais, conforme a legislação da época:

O Hospital [...] será destinado a atender à hospitalização e tratamento de crianças, de ambos os sexos, portadoras de doenças “nervosas e mentais”. Para tal “disporá... de clínicas especializadas e gerais, de serviços e ambulatórios”. “O Instituto de Psicopedagogia será destinado à classificação e orientação pedagógica de crianças anormais” e manterá “clínicas especializadas” em seções de orientação pedagógica. (Decreto-lei nº 2.094, de 14 de março de 1947 apud Cirino, 1992, p.69).

A herança da associação entre educação e assistência psiquiátrica parece-nos ter se espalhado pelos espaços e instituições hospitalares brasileiras. Ainda que instinto em 1942, podemos inferir que a influência do método educacional empreendido no Pavilhão-Escola de Bourneville incidiu sobre as práticas psiquiátricas por muito tempo, visto que o HNPI, recém-inaugurado, trazia como uma de suas características a orientação educacional-pedagógica. Até o ano de 1952, o Instituto de Psicopedagogia funcionou nas mesmas instalações do HNPI, auxiliando-o na alfabetização de crianças e adolescentes internados.

Desse período até o ano de 1963, o HNPI encontrava-se superlotado. Houve um aumento significativo das internações. Com capacidade inicial para 150 internações, abrigava na época cerca de 450 crianças. Em 1964 aconteceu o desabamento de uma ala do Hospital Colônia da cidade de Oliveira, e as meninas que lá se encontravam foram transferidas para o Hospital Galba Veloso que, na ocasião, acabava de ser inaugurado para atendimento de adultos do sexo feminino. Então, novamente, crianças voltam a ser misturadas indiscriminadamente aos adultos no campo da assistência psiquiátrica, e assim permaneceram, até o ano de 1968 no Hospital Galba Veloso (Cirino, 1992). Acreditamos que a transferência das crianças para um hospital de adultos possa ter ocorrido pelo fato do HNPI encontrar-se superlotado e, apenas no ano de 1969 o HNPI ampliar sua assistência.

Em 1969, O HNPI passa por uma reestruturação administrativa, sendo integrado à Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP) e reorienta sua política de prestação de serviços focando em internação, assistência extramural e assistência paralela para os demais serviços de psicologia e psiquiatria, da capital e do interior. Nessa época, detectou-se a partir de seus atendimentos ambulatoriais que grande parte dos casos atendidos tratava-se de distúrbios de aprendizagem. Tal fato justificou a criação, em 1973, de uma Unidade Psicopedagógica (UNP). Esta

Unidade foi anexada ao HNPI com objetivo de prestar assistência às crianças com defasagem escolar, egressas do sistema público de educação mineiro. Além disso, deveria complementar os serviços prestados pelo HNPI. No ano de 1975, a UNP contava em seu quadro funcional com trabalhadores da saúde e da educação, e tornou-se “independente técnica e administrativamente, passando a ser, no folclore institucional, a “menina dos olhos da Fundação”, prestando serviços à comunidade” (Cirino, 1992, p.73). Parece, então, que neste momento começa a haver certa separação entre o que era “para a psiquiatria” e o que era “para a educação especial”, embora esta continuasse sob a administração da rede hospitalar e, mais curiosamente ainda, mais valorizada pela instituição que a parte propriamente médica, o HNPI. No entanto, é essa separação que marca a excelência da UNP em detrimento ao HNPI que vai dar força ao hospital psiquiátrico infantil em Minas Gerais, na época em que a excelência desta justificará a existência dele.

Em 1979, visando à melhoria da assistência psiquiátrica ofertada no Brasil, trabalhadores da saúde mental se mobilizaram contra as barbáries que vinham ocorrendo nas instituições psiquiátricas. Nessa época, os profissionais já haviam tido contato com o psiquiatra Franco Basaglia, precursor do movimento de Reforma Psiquiátrica Italiana, que realizou visitas a várias instituições mineiras. Nessas visitas, proferiu palestras sobre a desinstitucionalização que vinha ocorrendo na Itália e aproximou-se do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) tornando-se a partir de então uma das principais referências para a trajetória e experiência de Reforma Psiquiátrica no Brasil. A presença de Basaglia entre os brasileiros foi fundamental no sentido de convocar os trabalhadores e estudiosos da saúde mental a (re)pensarem de forma inovadora o hospital e assistência psiquiátrica e inventarem novas maneiras de lidar com o doente mental (Passos, 2009a; Nicacio et. al, 2005). Ainda, as visitas de Basaglia, culminaram numa série de críticas e denúncias sobre a violência no manicômio, que repercutiram nacionalmente, levando para além dos muros institucionais a situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica no Brasil. Dessas denúncias, iniciadas no ano de 1979, destacamos as polêmicas reportagens “*Nos porões da Loucura*” de Hiran Firmino (1982) publicadas no jornal Estado de Minas e o documentário “*Em nome da razão*” do cineasta Helvécio Ratton (2009) e que com relação à infância despertaram a atenção pública para a existência de alas infantis em péssimas condições no Hospital Colônia de Barbacena.

Diante de tais denúncias, especialmente as do jornalista Hiram Firmino, acreditando-se ser o HNPI mais humanizado, esse hospital recebeu “os meninos de Barbacena” em 1979. Entretanto, em 1980, em visita ao HNPI, Firmino assinala que tal instituição em pouco ou quase nada se diferenciava do manicômio de Barbacena ou outros hospícios destinados aos adultos.

Crianças que ainda insistem em ser crianças tem as pernas pequenas, e os braços ágeis. Crianças que também sabem seu nome, sua idade, seus sonhos. Correm para lá e para cá, rente aos muros, na divisa das grades, da insensibilidade humana. Vivendo no pátio, corredores e portões de ferro... uma bola furada, a outra velha, um único bicho de pelúcia... Grades e celas, um quarto de contenção, de choque elétrico. A prisão medieval, sem príncipe ou rei libertador, que nunca desejaram em sua fantasia. (Firmino, 1980, s/p).

Esta denúncia, dentre outras, escancarou o desprezo e os horrores na atenção para com as crianças portadoras de sofrimento mental em Minas Gerais, que até então estavam submetidas aos cuidados médicos e à clausura no manicômio da cidade de Barbacena.

No mesmo período, a Unidade Psicopedagógica anexa ao HNPI, também foi visitada por Hiram Firmino que deu um parecer mais favorável em relação ao seu aspecto físico e forma de funcionamento. Sob a coordenação de uma pedagoga, a UNP era visivelmente humanizada com paredes limpas e bem pintadas, plantas e jardins bem cuidados, enfeitada com motivos infantis; serviu como parâmetro de comparação com o HNPI, identificado a um “inferno” de crianças, cuja necessidade de reestruturação se mostrava urgente (Cirino, 1992). Diante de um contexto de denúncias a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) que substituiu a FEAP em 1977, optou, estrategicamente, pela criação do Centro Psicopedagógico (CPP) ao incorporar ao Hospital Neuropsiquiátrico Infantil a Unidade Psicopedagógica, até então autônoma. Como herança da assistência preconizada pelo Pavilhão-Escola de Bourneville há mais 70 anos atrás, uma nova e íntima parceria se estabelece entre a prática psicopedagógica e a psiquiatria para o tratamento das crianças na capital mineira.

Como um signo de humanização, o CPP adquiriu um caráter educativo pedagógico marcante, pois, a partir daquele momento tinha em sua direção uma pedagoga. Cabe ressaltar que com essa direção várias mudanças estruturais ocorreram na forma de tratamento da criança e do adolescente. Dentre elas,

podemos citar a humanização do hospital com a retirada de grades, a aquisição de novos uniformes com motivos infantis para os internos, a melhoria da alimentação, dentre outros.

Em 1988 de acordo com Cirino (1992) uma nova diretoria, composta por profissionais da saúde, foi nomeada e deu início ao enfrentamento do problema de encaminhamentos excessivos feitos pela educação. Uma das ações foi restringir os encaminhamentos apenas às instituições de saúde. Na década de 1990, aconteceram movimentos para municipalização do CPP, pois enquanto única instituição a oferecer atendimento psiquiátrico em regime hospitalar às crianças e adolescentes de todo o estado de Minas Gerais, enfrentava problemas como de demandas excessivas e filas de espera para avaliação e tratamento, além de manter o caráter de grande instituição hospitalar, na contramão do que propõe a Reforma Psiquiátrica. A idéia era que o CPP se tornasse referência para as regionais belorizontinas: Centro-Sul, Leste, Nordeste, Norte, Venda Nova, Pampulha e para as cidades do interior do estado de Minas Gerais, ofertando atendimentos em regime ambulatorial, permanência-dia (importante estratégia para redução da internação) e internação quando esgotados todos os outros recursos empreendidos para os casos graves e em crise (Cirino, 1992). Entretanto, a proposta de atender, apenas, as regiões citadas não se efetivou. Apesar disso, continuou oferecendo até o ano de 2007 atendimentos ambulatoriais, permanência-dia e internação para casos graves.

Em 2008, sob uma nova direção, adota o nome de Centro Psíquico da Infância e Adolescência (Cepai) e volta a oferecer, apenas, tratamento ambulatorial e em regime de internação, não havendo mais a permanência-dia. Recentemente, o Cepai passou por intervenções em sua estrutura física de alojamento e em sua estética; grafites inspirados na temática da cidade de Belo Horizonte foram realizados visando tornar o espaço mais humanizado. Os pacientes são atendidos por uma equipe multidisciplinar que realiza diagnóstico, acompanhamento e tratamento nas áreas de Psiquiatria, Neurologia, Pediatria, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Pedagogia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Psicologia. Atualmente o Cepai realiza uma média de 21 internações mensais, 266 atendimentos de urgência e 560 consultas agendadas (Fhemig, 2011). Assim, o estado de Minas Gerais parece conviver harmoniosamente com um hospital psiquiátrico infantil, instalado em sua capital que, apesar de contar com uma rede

substitutiva em saúde mental, em relação às crianças e aos adolescentes possui apenas um CAPSi, inaugurado no ano de 2008.

1.3A infância a caminho de uma perspectiva antimanicomial

Conforme observamos, o regime de exclusão e segregação também se impôs às crianças e aos adolescentes no campo da saúde mental ao longo dos tempos. Assim como em relação aos adultos, diversas formas de abandono se operaram para aquelas consideradas fora da norma, doentes, abandonadas, etc. Segundo Brito (2004), várias instituições como as escolas especiais e clínicas especializadas acolheram e ainda acolhem no Brasil crianças e adolescentes com problemas de ordens diversas sob uma forma velada de exclusão.

Entretanto, conforme apontado anteriormente, diversas denúncias e reflexões sobre a assistência psiquiátrica no Brasil vêm ocorrendo desde o final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980 e a infância no campo da saúde mental, assim como a dos adultos, está sendo colocada em questão a partir do encontro e dos possíveis laços estabelecidos entre os setores de atenção a crianças e adolescentes, os movimentos sociais e o movimento dos trabalhadores e técnicos da saúde mental. Destarte, discutir, repensar, se opor à exclusão, dar voz ao que ficou silenciado durante décadas pelos atos institucionais ou até mesmo pelas ações que, ao longo da história, foram reduzidas à construção de instituições asilares tornou-se primordial para que algo novo pudesse ser efetivado. Entretanto, a saúde mental infanto-juvenil não teve a mesma atenção por parte do processo de Reforma Psiquiátrica como a do adulto. No bojo do movimento de Reforma, as discussões sobre a infância parecem ter ficado relegadas a segundo plano. Talvez, como apontou Brito (2004), alguns fatores colaboraram para certo esquecimento das questões infantis no campo da saúde mental, tais como: o volume de questões e dificuldades referentes ao adulto, o fato das urgências infantis no campo da saúde mental se apresentarem de forma mais sutil, a própria concepção de tratamento destinado à infância, com pouca ou nenhuma distinção dos adultos. Para esta autora, poderíamos:

[...] somar a esses fatores o caráter ortopédico das práticas educativas e psicológicas de atendimento, a fragmentação do atendimento nas numerosas clínicas filantrópicas e conveniadas, dificultando a construção de uma rede de serviços dentro de uma ética coerente e passível de regulamentação estatal no nível técnico e político, político e administrativo (Brito, 2004, p.96).

Contudo, não podemos negar que iniciativas ocorreram ao longo dos tempos colocando questões referentes à infância em discussão. No que se refere ao estado de Minas Gerais, de acordo com Brito (2004), na década de 1990 várias reflexões e debates sobre as questões referentes à saúde, mortalidade, desnutrição e outras temáticas relacionadas à criança se efetivaram. E, no campo específico da saúde mental iniciou-se uma discussão, através de fóruns e seminários, entre profissionais de vários campos de saber envolvidos com a atenção às crianças e adolescentes.

Ainda, nessa mesma década, uma expressiva contribuição para as discussões sobre os problemas relacionados à infância e à adolescência foi a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) expresso pela Lei 8.069/90. Segundo Frota (2002), o ECA emergiu como resultado da articulação entre diversos setores e movimentos sociais comprometidos com os direitos e proteção social de crianças e adolescentes. Para Rizzini & Pilotti (2009) o Estatuto inaugurou um novo paradigma jurídico, político e administrativo, rompendo radicalmente com os fundamentos que orientavam as políticas para a infância e juventude no Brasil que, referendada nos Códigos de Menores de 1927 e 1979, baseavam-se na doutrina da situação irregular, distinguindo crianças pobres e ricas. Às primeiras identificadas como menores abandonados, delinqüentes, pervertidos e anormais eram destinadas instituições fechadas e de caráter manicomial, correccional-repressivo. Para as segundas, o acesso à educação e aos cuidados familiares (Garcia Mendez & Costa, 1994; Passeti, 2008). Ainda, a reordenação e a adoção de princípios pelo ECA como descentralização, participação social e universalização da assistência, de acordo com Mendonça (2002), estabeleceu novos parâmetros para as intervenções públicas com crianças e adolescentes, visando reduzir a exclusão social e garantir a equidade no que se referia aos seus direitos. Nesse contexto, todas as crianças e adolescentes sem distinção de raça, cor, classe social, passaram a ser reconhecidas como sujeitos de direitos e, por sua condição especial de desenvolvimento, deveriam tornar-se prioridade nas políticas públicas e sociais (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).

Nessa perspectiva, o ECA veio balizar as ações intersetoriais para a interlocução que vinha ocorrendo entre os setores de atenção à criança e ao adolescente. Assim, tornou-se um instrumento de grande importância para fortalecimento de ações articuladas na defesa dos direitos dos “pequenos” cidadãos. Com relação à saúde mental, sua contribuição torna-se imprescindível, pois “o ECA afirma, de saída, o direito à vida e propõe a desinstitucionalização como método para propiciar o desenvolvimento pessoal e social da criança [...]” (Franco & Lancetti, 2001, p.105). É nesse sentido, que esses autores referendam a necessidade da Reforma Psiquiátrica incorporar a doutrina de proteção integral do ECA em sua prática, não se limitando apenas ao âmbito clínico mas, incorporando o aspecto político da assistência psiquiátrica, através da disponibilidade dos trabalhadores de saúde mental em inserir-se em outros campos do saber. Tal inserção pode ser proporcionada pela noção de clínica ampliada, que segundo Guerra (2005) ultrapassa os recursos da palavra e exige atos inéditos que visam à retomada do cotidiano e da vida pública, pelo sujeito. Uma clínica que se articula a outros saberes e fazeres operando de forma a ampliar seu alcance e extensão. Ou, entendida de acordo com Viganó (1999), como a construção dinâmica e possível a partir do singular de cada caso, contribuindo para o avanço da atenção à criança e ao adolescente no campo da saúde mental.

Nesse sentido, o advento do ECA contribuiu para o aparecimento de um novo olhar sobre a infância, visto agregar sobre ela vários saberes, pois no âmbito do cuidado e da responsabilização todas as pessoas envolvidas com a atenção à infância e adolescência devem participar efetivamente para a consolidação de seus direitos (Brito, 2004; Ferreira, 2010). Ademais, se faz necessário a interlocução entre os diversos setores que se encarregam da criança e do adolescente, pois há anos foi-se consolidando no Brasil uma cultura manicomial nas formas de tratamento para essa parcela da população.

Somando-se às conquistas do ECA, a década de 1990 foi um período fértil em Minas Gerais, em especial em Belo Horizonte, devido às condições políticas que permitiram com que os trabalhadores da saúde mental se reunissem em torno de várias discussões como, por exemplo, a questão da criança e do adolescente no campo da saúde mental (Lobosque, 1998; 2003). Em 1991 realizou-se o primeiro seminário temático sobre a infância. Promovido por profissionais da saúde mental, o seminário “*O que é a criança*” convocou diversos profissionais a refletirem sobre as

práticas destinadas à infância no campo da saúde mental, rompendo com o silêncio que se mantinha há muito tempo sobre a questão (Brito, 2004; Carvalho, 2008).

Ainda em 1993, um novo seminário “*A criança e o sintoma*”, foi realizado por profissionais da saúde mental, da educação, das instâncias jurídicas e do desenvolvimento social, com objetivo de tencionar as discussões relacionadas à responsabilidade de cada setor sobre os casos, principalmente, a educação e a saúde mental. Isso porque, as práticas de medicalização e psicologização dos problemas escolares vinham se constituindo como um incômodo para os profissionais da saúde mental. De acordo com Carvalho (2008), o objetivo desse encontro foi proporcionar uma discussão que problematizasse, numa perspectiva crítica, as políticas de atenção à infância e adolescência do município. Também, visava repensar os fluxos dos encaminhamentos dos casos, organizando dessa maneira a rede de serviços. Como um dos desdobramentos desse encontro, emergiu uma nova estratégia de trabalho, o “Fórum de Atenção à Saúde Mental da Criança e Adolescente”, que tinha como objetivo estabelecer uma interlocução entre os setores de atenção à criança e ao adolescente, e coletivamente encontrar saídas possíveis para os problemas enfrentados com esse público, extinguindo assim práticas fragmentadas e setorialistas. Em razão das particularidades de cada região de Belo Horizonte, em 1994 deu-se início à criação de Fóruns Regionais na capital mineira.

Também segundo Brito (2004), no âmbito nacional, a problematização de questões referentes à infância e adolescência no campo da saúde mental pode ser considerada recente, quando comparada aos adultos. Apenas em 1995, ocorreu um debate entre familiares, usuários e trabalhadores da saúde mental em torno da “Carta de Belo Horizonte” que havia sido elaborada no II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, ocorrido no mesmo ano na capital mineira. De acordo com Maia & Fernandes (2002), o II Encontro Nacional de Luta Antimanicomial adotou como tema “Cidadania e Exclusão” e organizou suas discussões em eixos como “exclusão na cultura”, “exclusão no trabalho”, “exclusão na assistência” e “exclusão no direito”. Para esses autores, o encontro revelou o esforço do movimento para reconhecer formas passadas e presentes de opressão dos doentes mentais e, assim, definir e qualificar diferentes prejuízos e danos experimentados por eles.

Ademais, a elaboração da “Carta de Belo Horizonte” provocou em nível nacional o início de discussões por diversos setores de atenção sobre a infância e

adolescência enclausurada. Ainda, segundo Brito (2004), outro momento de grande repercussão ocorreu no III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial "Por uma sociedade sem exclusões", que ocorreu em 1997 na cidade de Porto Alegre. Nesse encontro, o conteúdo da "Carta de Belo Horizonte" reuniu sobre si "em uma oficina temática 58 trabalhadores de saúde mental, educadores, usuários e pais de crianças com sofrimento psíquico de vários estados brasileiros presentes no evento" (Brito, 2004, p.95) com objetivo de fazer avançar e ampliar a atenção às crianças e adolescentes no campo da saúde mental. Além disso, podemos inferir a importância da "Carta de Belo Horizonte" para as discussões sobre a questão da infância na saúde mental, pois de acordo com Maia & Fernandes (2002), o encontro foi dividido em cinco eixos temáticos, sendo um deles "Assistência às Crianças, Adolescentes e Adultos".

Sob influência das reflexões de âmbito nacional sobre a situação da criança e do adolescente no campo da assistência psiquiátrica, realizou-se na cidade de Belo Horizonte, em 1998, um debate que objetivava avaliar a situação do atendimento destinado às crianças e adolescentes do município, que culminou na realização do seminário "*O Adolescente e a droga*". No mesmo ano foi criado o Programa Liberdade Assistida, que visa acolher, tratar e reinserir jovens com envolvimento com a criminalidade e violência (Brito, 2004). Ainda, de acordo com esta mesma autora, num contexto extremamente fértil e produtivo surgiu no dia 18 de Maio de 1998, no desfile da Luta Antimanicomial - que ocupa algumas das mais importantes avenidas da capital mineira -, a primeira ala de crianças, adolescentes, pais de usuários e educadores da escola de samba "*Liberdade ainda que Tan Tan*". A escola de samba formada por usuários dos serviços de saúde mental de Belo Horizonte e outros municípios mineiros tornou-se uma forma de expressão das qualidades e capacidades dos portadores de sofrimento mental, através da arte, música, pintura, etc. A participação das crianças nesse desfile aponta-nos para uma nova forma de lidar com o enigma da loucura, mostrando não apenas sua existência, mas, principalmente, uma forma possível de convivência social. Esse desfile que ocorre aproximadamente há 15 anos veio ao encontro do objetivo da Reforma Psiquiátrica desmistificando conceitos e percepções sobre a loucura, auxiliando no resgate e manutenção dos laços sociais e garantindo o direito de cidadania a todos os pacientes, incluindo-se aí as crianças e adolescentes.

Com relação às crianças, de acordo com Guerra (2005), somente no ano de 2002 com a promulgação da Portaria MS 336/02, que cria uma linha de financiamento para a instalação e manutenção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como locais prioritários para o tratamento dos portadores de sofrimento mental grave, classificando-os por modalidade assistencial, abrangência populacional e nível de complexidade (Ministério da Saúde, 2004a), que a situação se modifica. A partir da Portaria MS 336/02 surge um modelo com orientações específicas para o planejamento da assistência em saúde mental com a implantação, em âmbito nacional, de serviços abertos e substitutivos ao manicômio tendo em vistas o acolhimento, tratamento e inserção social dos usuários da saúde mental (Amarante, 2008; 2008a; Ministério da Saúde, 2004a; Silva, 2003). Nesse contexto, surge o Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), voltado para o acolhimento de crianças e adolescentes portadores de sofrimento mental grave. Mas, ainda hoje em número inferior em todo território nacional se comparado aos CAPS para adultos (Couto, 2008 et. al).

Nessa perspectiva, podemos afirmar que a Carta de Belo Horizonte, o desfile da luta Antimanicomial, o ECA e a Portaria 336/02, enquanto estatuto de norma e força de lei sobre os CAPS Infanto-juvenis, apontam que a Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda que tardiamente, não desconsiderou ou fechou os olhos para a questão da infância. Apesar disso, não podemos esquecer que muitas vezes as questões referentes aos adultos fizeram adiar as discussões sobre crianças e adolescentes no campo da saúde mental contribuindo para a desigualdade existente entre um campo em relação a outro. Desigualdade tratada aqui não como a necessária distinção das particularidades entre a clínica com crianças e adultos, mas como uma sobreposição de prioridades das questões dos adultos à das crianças como nos aponta Campos:

A submissão do planejamento da área infantil aos projetos referentes aos adultos, em função de uma concepção que colocava a clínica psiquiátrica da criança como um decalque da clínica do adulto, relegando historicamente a estas o mesmo destino dos adultos; o entendimento de que as clínicas e escolas para “retardados” encobriam todos os problemas mentais na infância; a falta de peso na difusão de saberes sobre a especificidade dessa clínica que pudesse mobilizar a própria área de saúde mental e outros setores da saúde e da sociedade como um todo (Campos, 1991, p.9).

Percebemos que a “desassistência” no campo da saúde mental de crianças foi também sustentada por uma posição que nos parece equivocada, de destinar a elas o mesmo tratamento dos adultos. A especificidade da clínica e das necessidades sociais concretas das crianças foi desconsiderada quando o seu tratamento foi delegado às escolas especiais e clínicas especializadas, que geralmente consideram qualquer aspecto de loucura nessa época da vida como um retardo ou um atraso no desenvolvimento passível de normalização.

Apesar de não nos atermos, prioritariamente, à questão clínica, vale ressaltar que foi no decorrer do século XX que Sigmund Freud introduziu uma abordagem particular da criança em seus textos: “Três ensaios sobre uma teoria da sexualidade” (1905) e “Teorias sexuais infantis” (1908). Em 1909, Freud situou o primeiro caso de psicanálise com criança, publicado em seu texto “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos”. Nesta época desenvolvia sua teoria sobre a sexualidade infantil, e recebia o pai de Hans que lhe relatava sobre o filho. Mas, também recebia e realizava intervenções com o próprio Hans, demonstrando assim ser possível a psicanálise [o tratamento] com crianças (Sampaio, 2002). Nesse sentido, podemos situar a psicanálise como uma das contribuições para o reconhecimento das particularidades da infância. Ainda, de acordo com Sampaio (2002), na mesma época em que Freud começa a se dedicar ao estudo de casos referentes à criança, a Psiquiatria também avançou em seus estudos sobre a infância construindo novos quadros teóricos para além do retardo mental. Além disso, podemos dizer das influências da Psicologia, Pedagogia e da Psicanálise sobre a Psiquiatria que passa a carregar consigo um caráter psicodinâmico.

A partir da Reforma Psiquiátrica e do Movimento de Luta Antimanicomial ações intersetoriais e ampliadas vêm sendo desenvolvidas no âmbito da assistência à criança portadora de sofrimento mental através da articulação de vários tipos de serviço.

A organização estratégica dos serviços em rede e seu financiamento, a articulação e capacitação de atores políticos para a modificação das bases estruturais dessa assistência ajudam a romper com a secular segregação operada pelos hospitais psiquiátricos e pelas práticas ortopédico-morais advindas de uma certa Pedagogia, Medicina e Psicologia, desavisadas de sua função de controle social (Guerra, 2003, p.181).

Criticamente, a assistência à infância tem extrapolado as questões clínicas, médicas e psicológicas, superando a dicotomia entre indivíduo e sociedade ao considerar que “aquele que sofre encontra-se na confluência da subjetividade e da realidade exterior, do individual e do social” (Avellar & Bertollo, 2008, p.71). Nessa perspectiva, vários programas, projetos sociais e educacionais vêm trabalhando numa vertente de luta e proposição da inclusão de crianças no tecido social. Em Belo Horizonte, podemos citar o *Projeto Arte da Saúde*, que frente à demanda excessiva de psicologização e medicalização das questões escolares e cotidianas que envolvem o universo infantil, acolhe crianças e jovens em oficinas de arte numa tentativa de criar outro espaço possível para tratamento dessas questões sem, necessariamente, medicar ou recorrer aos serviços especializados em saúde mental (Teixeira, 1998). Isso tem sido possível, dentre outros fatores, a partir das interlocuções com outros setores e outros campos do saber. Ademais, o cuidado em saúde mental impõe desafios novos, pois não há campo discursivo específico que agregue em si todas as respostas, sinalizando para a necessidade do trabalho articulado em rede. “No caso de crianças e adolescentes, a interface com os setores educacional, médico e jurídico tem sido essencial à reinterpretação de uma imagem social deficitária atribuída à criança e ao adolescente com transtornos graves” (Guerra, 2005, p.143). Hoje, os operadores da saúde mental são convocados ao diálogo com outros saberes, setores e equipamentos sociais para pactuarem ações que fortaleçam os serviços, criem novos caminhos e dispositivos para aqueles a quem se destinam.

Porém, mesmo reconhecendo avanços, há que se pensar que ainda há muito por fazer. Não serão respostas rápidas, nem a ingenuidade de pensar que portarias como a 336/02 conseguirão por si mesmas, saldar a dívida histórica da assistência psiquiátrica que foi destinada às crianças no campo da saúde mental no Brasil. Desse modo, entendemos que algo se move e, portanto, sem desconsiderar os avanços da Reforma Psiquiátrica, ressaltamos que se faz necessária, ainda, uma mudança na cultura e na maneira de se conceber a criança portadora de sofrimento mental.

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA

A metodologia é sem dúvida um dos aspectos mais importantes de uma pesquisa. Entretanto, não raramente, entende-se por metodologia a definição de métodos e técnicas a serem aplicadas para coleta e análise de dados em pesquisas, reduzindo-a à mera instrumentalização e aplicação de técnicas que levariam o pesquisador ao descobrimento da verdade sobre determinado fato. Contrariando tal idéia, Martins (2004) aponta que a metodologia é uma disciplina instrumental a serviço da pesquisa, e deve ser compreendida como conhecimento crítico do fazer científico, pois, nela, toda técnica implica uma discussão teórica que aponte para seus limites e possibilidades. Tal discussão teórica precisa, portanto, ir além da mera definição de métodos e técnicas de coleta e análise de dados. Assim, advoga-se uma problematização que contemple o quadro de referência que informa e dá sentido às práticas de pesquisa (Romanelli & Basiolli-Alves, 1998), e, como parte desse esclarecimento, a escolha dos métodos a serem empregados.

Pensando que a abordagem de uma dada realidade deve estar em consonância com a pesquisa como um todo e, principalmente, com seus objetivos, o método também compõe parte importante do processo de pesquisa. De acordo com Mynaio (1993), o método é o que articula a teoria com a realidade empírica, permitindo a construção correta dos dados e refletindo sobre a dinâmica da teoria. Assim, além de adequado ao objeto a ser investigado, deve, também, ser passível de operacionalização. No entanto, sozinho não pode ser entendido como a metodologia em si.

Para além de uma oposição entre o campo empírico e campo teórico, nesta pesquisa tentaremos estabelecer uma relação entre teoria e prática que as considerem parciais e fragmentárias. Nenhuma delas sozinha é capaz de revelar a verdade ou a totalidade de um objeto de pesquisa. Acreditamos que nem mesmo quando bem articuladas, podem fornecer a verdade. Não pretendemos com essa pesquisa o alcance de uma verdade universal, inquestionável, mas tencionar o campo da prática e da teoria.

Nesse sentido, para a coleta e a construção dos dados de pesquisa, propiciadas pela interação com os sujeitos/atores de pesquisa, e para a análise das informações, adotamos métodos qualitativos. Por considerarem o saber enquanto

construção entre pesquisador e sujeito/ator de pesquisa, inscritos num determinado tempo sócio-histórico rompem com a noção de neutralidade trazendo à tona a perspectiva da interferência e co-responsabilização pelo saber construído. Isso porque a realidade pesquisada e apresentada não é senão fruto da interpretação do pesquisador e dos sujeitos de pesquisa sobre determinado fato. É efeito do encontro entre eles (Rorty, 1997). Considerando, de acordo com Haraway (1995), que desse encontro o que emerge é a possibilidade de rompimento com o ideal hegemônico científico positivista, que pretende impôr-se como modelo único de se fazer ciência, os resultados dessa pesquisa não se pretendem verdadeiros ou falsos.

Orientados pela proposta metodológica qualitativa de compreensão do sujeito e de sua realidade, repensamos a maneira ontológica, epistemológica, metodológica, ética e política de se fazer pesquisa. Nesse sentido, durante sua realização nos pautamos por perguntas como: quem é o sujeito pesquisado? De onde vem a produção do conhecimento e como chegar a ela? Quem produz o conhecimento, o pesquisador ou pesquisador-sujeito/ator de pesquisa? Quais efeitos a pesquisa produz no social? (Montero, 2004). Tais questões nos levaram a uma preocupação que se encontra além da mera escolha de técnicas que apontassem para a solução de problemas definindo o que seria o fazer científico.

A escolha da metodologia qualitativa se deu por acreditarmos que o emprego de seus métodos nos permitiria um acesso mais apropriado ao tema/problema e objetivos da pesquisa, assim como o estabelecimento de uma relação entre pesquisador/pesquisado que considerasse o saber construído como coletivo. Ademais, acreditamos que, para compreender os discursos sobre os comportamentos/problemas de crianças e as práticas sociais destinadas a elas no campo da saúde mental e da rede ampla de atenção à infância, devemos pensar em sua interação como possibilidade de transformação ou perpetuação de determinada realidade.

Nessa perspectiva, tomamos como referencial de pesquisa a psicologia social, que compreende o sujeito como ator de seu processo social e que se constrói a partir da interação social, transformando por meio dela as práticas sociais e a própria sociedade na qual está inserido. Somaram-se, ainda, quadros referenciais teóricos do campo da saúde mental, especificamente de crianças, contribuições foucaultianas e da Análise de discurso francesa na tentativa de compreender os discursos dos sujeitos/atores de pesquisa para, a partir do lugar de onde falam e de

suas perspectivas, tentamos capturar os sentidos e significados dos discursos proferidos por eles. Pelo interesse de estudarmos situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos diferentes, pensamos, de acordo com Minayo (2004), que tal metodologia constitui-se com pertinência. Isso não significa que ela conseguirá responder a tudo. Tampouco, é essa nossa pretensão tendo em vista a complexidade/pluralidade de toda e qualquer realidade pesquisada. Por essa razão não se buscará uma única forma de compreensão. A aposta é que há de se construir um conhecimento possível sobre o tema/problema de pesquisa, numa relação dialógica, horizontal e de intercessão entre o conhecimento científico e conhecimento prático cotidiano, tendo em vista a não-colonização e subjugação dos saberes a serem construídos.

2.1 A Análise do Discurso

Existem diferentes formas de análises em uma pesquisa qualitativa. Nessa pesquisa recorreremos às contribuições da análise do discurso (AD) francesa. Cabe aqui uma advertência, pois não sendo o pesquisador um lingüista, mas psicólogo de formação, será de um lugar externo que a AD será incorporada a este trabalho. Utilizaremos a AD como um suporte, não pretendendo, assim, afirmar que estamos fazendo uma análise estritamente lingüística do discurso. Nesse sentido, nossas análises considerarão a AD como um apoio possível para que uma reflexão possa se estabelecer sobre a língua, a história e os sujeitos de pesquisa inseridos em um contexto particular. Portanto, elas não remetem a uma verdade universal ou a ser revelada pelos dados de pesquisa.

A fim de compreendermos o referencial eleito para a análise das entrevistas, faz-se necessário a realização de uma breve conceitualização sobre a AD, onde, o nome de Michel Pêcheux é fundamental. A AD é um conceito novo inaugurado pelo filósofo Michel Pêcheux, na década de 1960. Segundo Caregnato & Mutti (2006), a emergência da AD se deu ao fato da crença de que a Análise de Conteúdo não era satisfatória para alcançar uma reflexão mais aprofundada e complexa sobre determinados discursos. A Análise de Conteúdo, pautada em valores positivistas, apresentava problemas como um falso ideal de neutralidade do pesquisador e a

crença na individualidade do discurso, deixando de considerar o contexto no qual se insere e as relações que possibilitaram sua existência. Nessa perspectiva, a Análise de Conteúdo se caracteriza por uma tentativa de encontrar no texto o seu significado oculto, indo para além da superfície textual do discurso, contrariamente ao processo de análise do discurso que pretende interrogar os sentidos estabelecidos e as diversas formas de produção do próprio discurso.

A AD trabalha com os sentidos produzidos e não com um suposto conteúdo objetivo do texto. Um sentido que não é traduzido, mas produzido pela análise. Nessa perspectiva, de acordo com Minayo (2004), é ao ancorar-se na contribuição de três áreas do conhecimento como o Materialismo Histórico, a Lingüística e a Teoria do Discurso, que a AD constitui-se como uma nova proposta para tratamento da linguagem. Além dessas áreas do conhecimento a AD é perpassada pela Teoria da Subjetividade de origem psicanalítica.

Para Pêcheux (1998), a análise de discurso viria para enfrentar uma problemática psicossocial, na qual os registros da história, da língua e do inconsciente encontram-se imbricados, embora apartados nas teorias da linguagem. Sua contribuição se deu da seguinte maneira: da lingüística deslocou a noção de fala para a de discurso; do materialismo histórico incorporou a teoria da ideologia e, da psicanálise a noção de sujeito atravessado pelo inconsciente. Aquilo que fala no sujeito e no qual este se vê confrontado diante uma situação de um estranhamento familiar.

Desta maneira, segundo Orlandi (2005), a AD interroga as ciências sociais colocando em xeque a transparência da linguagem, visto que a produção de sentido está intimamente ligada às práticas humanas inscritas numa determinada época. A linguagem é sempre ambígua, comporta equívocos, acontecimentos concretos e a relação imaginária que os sujeitos estabelecem com o que é dito. Sendo assim, ela possui algo exterior que escapa a si própria, o interdiscurso:

...memória discursiva, o já-dito que torna possível todo o dizer. De acordo com este conceito, as pessoas são filiadas a um saber discursivo que não se aprende, mas que produz seus efeitos por intermédio da ideologia e do inconsciente. O interdiscurso é articulado ao complexo de formações ideológicas representadas no discurso pelas formações discursivas: algo significa antes em outro lugar e independentemente (Orlandi, 2005, p. 11).

Nesse sentido não há um discurso novo, inédito, e é aí que podemos situar como a ideologia é entendida para a AD. De acordo com Caregnato e Mutti (2006) a

ideologia é percebida como a posição que o sujeito toma ao proferir certo discurso, o que está em jogo em seu imaginário para que ele represente uma idéia, o contexto sócio-histórico no qual se insere e a linguagem que utiliza levando à produção do sentido que o sujeito pretende dar para aquilo que profere. Trata-se de um discurso afetado socialmente, pois há uma incidência de sentidos pré-construídos sobre o dizer. Há, portanto, incidências ideológicas e inconscientes sobre o que se fala. De acordo com Foucault (1987) o discurso, não pertence ao autor, não importa o que ele quis dizer ou o que não disse, mas o que está dito. Não está em questão a origem de um discurso, mas o que faz com que algo apareça como verdadeiro quando este é pronunciado. Assim, um sujeito não é proprietário de seu discurso. Ele diz de um lugar e a partir de determinadas condições. Algo fala nele, pois todo discurso já foi proferido antes, podendo ser falado em contextos diferenciados levando à emergência de novas significações, constituindo então as formações discursivas: “aquilo que o sujeito pode e deve dizer em situação dada em uma conjuntura dada. O dizer está, pois, ligado às suas condições de produção. Há um vínculo constitutivo ligando o dizer com a sua exterioridade” (ORLANDI, 2005, p.11).

Sendo assim, tomando as contribuições foucaultianas de *Arqueologia do Saber* (Foucault, 1987), a AD tem como objetivo identificar as condições que permitiram a emergência de um determinado enunciado e não outro. Portanto, não há uma busca por um sentido oculto. A partir daquilo que foi dito, como foi dito, quem o pôde dizer, em quais circunstâncias e por que foi esse o dito e não qualquer outro que se pode compreender determinado discurso. Nota-se que a preocupação de Foucault é conhecer o que torna determinado discurso possível, ou seja, porque determinados discursos ganham estatuto de verdade e são aceitos enquanto outros não. Quais as condições postas para que isso ocorra. Sendo assim, o que está em jogo não é apenas o que um discurso pode expressar ou significar, mas como ele se forma.

Nessa perspectiva, uma das maiores contribuições da AD é sua persistência na compreensão de um texto e nas suas condições de produção, levando assim à compreensão do contexto no qual determinada fala é proferida e, como e o quê possibilitou o dizer. Pois as palavras não são literais e não nos oferecem um sentido em si, não são portadoras de uma essência verdadeira. De tal modo, de acordo com Minayo (2004), mais que apontar para o que foi dito, a AD demonstra como o

discurso funciona. A AD não defende uma única forma de “interpretação” do texto, pois não pretende revelar nenhum tipo de verdade *a priori*.

...a AD trabalha com o sentido. Sendo o discurso heterogêneo marcado pela história e ideologia, a AD entende que não irá descobrir nada novo, apenas fará uma nova interpretação ou uma re-leitura... não tendo pretensão de dizer o que é certo, porque isso não está em julgamento (Caregnato & Mutti, 2006, p. 681)

Destarte, o que está em questão na AD é a relação estabelecida entre o dizer e suas condições de produção.

Outra contribuição foucaultiana para a AD se deu a partir de sua Genealogia apontando para a importância de se descobrir as condições políticas que contribuem para a emergência de certos discursos e como estes ao expressarem determinados saberes visam instaurar uma verdade. É fato para Foucault que, todo discurso comporta uma “vontade de saber” na medida em que tenta estabelecer uma distinção entre o verdadeiro e o falso. Tal distinção sinaliza para relações de poder, para as intencionalidades de um sujeito quando fala sobre aquilo de que deseja se apoderar (Foucault, 2005). Nessa lógica, de acordo com Machado (2007) as relações de poder estabelecidas a partir da constituição de determinados saberes tornam-se primordiais para o entendimento do exercício de poder, pois onde há saber há poder e vice-versa.

Nessa perspectiva, de acordo com Orlandi (1987), a AD é uma proposta crítica, que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas num determinado discurso. Para a autora a AD nos possibilita olhar a linguagem como um lugar de debate e conflito, onde o texto é tomado enquanto unidade significativa e pragmática, revelando o contexto situacional através do seu próprio sentido. É por meio da linguagem, elemento de mediação necessária entre o homem e a sociedade, que a AD nos leva à compreensão de determinada realidade. A linguagem, segundo Brandão (2004), constitui-se como lugar de conflito ideológico não podendo ser estudada fora da sociedade uma vez que os processos que a constituem são histórico-sociais. Portanto, seu estudo não pode estar desvinculado das suas condições de produção. É ela a responsável por enlaçar o homem na própria realidade.

No entanto, as falas são sempre impregnadas de cultura, não apenas submetidas às determinações do contexto social, mas também prenes da intencionalidade do

dizer, podendo por essa razão comportar certa ambigüidade, equívocos, etc., o que leva o analista a ter de decidir por certa interpretação do que foi dito. Destarte, não existe uma análise única do discurso, mas produções analíticas do texto a partir de outro texto, fragmentado e sempre portador de opacidades. A produção de sentido não remete a um universal, mas apenas a uma leitura possível de textos e contextos, proposta por um analista. Assim sendo, a produção de significados acerca do que o sujeito pretende transmitir com seu discurso é uma interpretação (Gill, 2007). Nessa perspectiva, é fundamental apontarmos que o analista do discurso faz uma leitura influenciada por suas experiências, inclinações e visões de mundo. É a partir da determinação do recorte sócio-histórico sobre a produção do discurso que as análises se dão, sendo que o recorte escolhido pelo analista do discurso confere certa identidade ao discurso e ao problema de pesquisa em questão (Caregnato & Mutti, 2006).

De acordo com Orlandi (2005), é na medida em que trabalha o efeito ideológico que a análise do discurso deve considerar um conjunto de questões colocadas em relação à significação e à história, reconhecendo a impossibilidade de um acesso direto ao sentido do que foi dito, tendo a interpretação como objeto de reflexão. Não se trata de uma interpretação ingênua que inventa algo sobre o que foi dito, mas uma interpretação que leva a uma compreensão possível do dizer através da reflexão e problematização do que se interpretou. Se os sentidos não se fecham e não estão dados *a priori*, a interpretação também não.

Para Mari, Machado e Melo (2001), o discurso é um objeto singular inscrito num determinado tempo e espaço. Ele comporta certo grau de complexidade e revela as riquezas de nossos intercâmbios sociais. Por esse motivo, ele pode confundir os nossos instrumentos de análise. Portanto, o pesquisador não deve ambicionar atingir uma interpretação pura e verdadeira, pois uma análise do discurso é sempre incompleta, controversa e inacabada. Entretanto, isso não faz dela ineficaz, mas aponta para várias possibilidades de análise. Ora, um discurso emerge é nessa zona de diversidade, incompletude e imprevisibilidades (Mari; Machado & Melo, 2001).

De acordo com Orlandi (2005) é justamente nessa zona de imprevisibilidade e incompletude que podem emergir determinados sentidos. A relação estabelecida entre o que pensamos, dizemos e o contexto no qual estamos inseridos comporta fissuras, fendas que uma vez abertas só podem ser provisoriamente fechadas por determinada interpretação. Ademais seria ingênuo imaginar que o mundo seja

capturado por dizeres e palavras. De acordo com Calvino, sempre haverá rupturas e descontinuidades entre o que se fala e o mundo. O que fazemos é apenas inventar conexões, fabricar palavras na tentativa de obturar as fendas. Fazemos uma leitura possível do mundo, pois o que para nós se apresenta já possui certa cota de significação. Assim, não há sentido único, a linguagem está sempre contaminada e se apresenta “num mosaico de línguas” (Calvino, p. 145, 1998).

É nessa perspectiva que se darão as análises sobre o *corpus* constituído pela transcrição das entrevistas realizadas com os profissionais da rede de atenção à infância do município de Santa Luzia.

2.2 Compendo o contexto: a delimitação do campo empírico de pesquisa

O campo de pesquisa se delimitou a partir do início de minha trajetória profissional, especificamente com crianças e adolescentes, em um grande ambulatório de saúde mental. O modelo clínico tradicional praticado antes da implantação dos CAPS na cidade não me sinalizava uma possível mudança na relação e nas práticas sociais com a loucura. Assim, a cidade de Santa Luzia, seu CAPSi e a relação estabelecida entre ele e a rede ampla de atenção à infância se configuraram como campo empírico dessa pesquisa.

Pertencente à região metropolitana de Belo Horizonte e distante da capital apenas 19 km, da qual recebe grande influência, Santa Luzia possui, segundo dados do IBGE, uma população estimada de 219.699 habitantes concentrada quase em sua totalidade na área urbana (95%) dividida em núcleos urbanos distintos. Na parte mais alta e mais antiga da cidade, situa-se o centro histórico, e, na parte baixa, está o centro comercial. Ao sul, no limite com a cidade de Belo Horizonte, encontra-se o distrito de São Benedito, uma área conurbada e que concentra 2/3 da população, com registros de altos índices de violência, pobreza e exclusão social. Encontram-se, ainda, aglomerações urbanas ao longo dos eixos viários e às margens do Rio das Velhas, onde foram implantados os Distritos Industriais e as pequenas comunidades rurais situadas ao norte do Município.

No que diz respeito à Saúde Mental, Santa Luzia manteve até o início de 2007 um grande ambulatório, que atendia cidadãos de todas as faixas etárias, em

uma fazenda histórica situada numa área considerada nobre na cidade. Mantinha um alto índice de munícipes sob regime de internação no Instituto Raul Soares e no Hospital Galba Velloso, e, quando menores de 18 anos, no antigo Centro Psicopedagógico (CPP) atual Centro Psíquico da Infância e Adolescência (Cepai), todos pertencentes à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), e situados na capital mineira.

Esse ambulatório recebia em torno de 1.200 encaminhamentos por mês dos mais variados casos e situações. Frente à demanda excessiva, a impotência para respondê-las e a necessidade de se adequar à Legislação da Reforma Psiquiátrica, os trabalhadores desse ambulatório, amparados na Constituição (1988), nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde - SUS (1990), na Legislação de Saúde Mental (2001) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990)⁴, começaram a mobilizar-se frente à gestão municipal e à sociedade apontando a necessidade de mudanças para a assistência em saúde mental na cidade. Em 2006, como comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, promoveu-se um grande encontro entre os trabalhadores da saúde, o poder público, trabalhadores de outros setores e a comunidade para discutir e apresentar as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira como um contraponto à assistência que vinha sendo ofertada no município. Foi apresentada, ainda, a situação de vários cidadãos que se encontravam há anos sob o regime de clausura em hospitais psiquiátricos e/ou outras instituições manicomiais falando-se abertamente sobre a loucura e a premente necessidade da participação de todos na construção de um novo modelo de assistência para a saúde mental de Santa Luzia. O evento teve repercussão em vários jornais da cidade, que passaram a publicar matérias sobre as ações e serviços prestados à comunidade pelos trabalhadores da saúde mental, destacando como um importante marco a capacitação dos técnicos do Programa de Saúde da Família (PSF), iniciada no mesmo ano. Esta ação reduziu significativamente os encaminhamentos enviados que passaram de 1.200 para 300 encaminhamentos por mês.

Ainda que tardiamente, em março de 2007, a gestão municipal autorizou o aluguel de duas casas, assim como a liberação de verba para o início do

⁴Pode-se traçar como ponto comum entre as legislações a premissa de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e que os cidadãos devem ser tratados em seu território. Especificamente ao portador de sofrimento mental, exclui a internação compulsória e como única possibilidade de tratamento, propondo tratamento livre em serviços locais e comunitários.

funcionamento de um CAPS II e um CAPSi, constituindo-se dessa maneira, a primeira rede substitutiva de atenção em saúde mental do município. No caso específico das crianças e adolescentes, isso só foi possível através da articulação e parceria com o conselho tutelar, vara da infância e adolescência, educação, ONGs, propiciada por minha participação ativa, enquanto conselheiro, no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), que juntamente com outras instituições encarregadas por zelar pela defesa de seus direitos, utilizaram-se do ECA (1990) para demarcar a impossibilidade de oferecer tratamento a menores de dezoito anos em instituições para adultos. Assim, foi retomada a escrita do Projeto para implantação do CAPS II, há muito engavetado por gestões anteriores, e dado início à construção de um Projeto para implantação do CAPSi. Após, o início das atividades dos CAPS, o MS credenciou o CAPSi e o CAPS II, nesta ordem.

O Centro de Atenção Psicossocial para adultos (CAPS II) é uma unidade pública municipal de tratamento em meio aberto destinado aos portadores de sofrimento mental grave (psicoses, esquizofrenias) e a acolher pacientes em crises ou com histórico de internação, visando sua (re)inserção social. Conta com uma equipe multidisciplinar constituída por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, artesãos, etc., ofertando tratamento em regime de permanência-dia e ambulatorial, além de outras atividades como oficinas, lazer, cultura. A permanência-dia destina-se aos casos graves e egressos de internações, já o ambulatório aos usuários “menos comprometidos” ou estáveis. O Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) também é uma unidade pública municipal para o atendimento prioritário às urgências psiquiátricas de crianças e adolescentes portadores de sofrimento mental grave (autismo, psicoses, esquizofrenias, neuroses graves, e aqueles que por sua condição, estão impossibilitados de manter ou estabelecer vínculos sociais). Oferta diversas atividades dentre elas: permanência-dia, para casos mais graves e egressos de internações; consultas ambulatoriais, para casos considerados de “menor gravidade” ou estáveis; oficinas terapêuticas; atividades lúdicas realizadas em espaço interno ou externo através de parcerias, visando a (re)inserção social dos usuários. Para tal, conta também com equipe multidisciplinar: psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, pediatras, terapeutas ocupacionais, artesãos, etc. Constituindo-se como lugar de transição, que acolhe a criança ou o adolescente em momento de crise, em sua forma particular de expressão e relação com o mundo, entrelaçando suas

atividades com os demais setores da rede de atenção à infância e adolescência.

Atualmente, a rede de saúde mental foi expandida com a transformação do CAPS II, em CAPS III, que funciona 24 horas, objetivando não encaminhar pacientes para internação psiquiátrica. Quando em crise pernoitam no CAPS III, durante o tempo necessário. Foi criada, também, uma parceria com o Hospital Geral da cidade que acolhe os pacientes do CAPS III e do CAPSi quando também necessitam pernoitar e retornar no dia seguinte para o CAPS. Ainda, foram implantados dois SRT's (Serviços Residenciais Terapêuticos), semelhantes a uma república, para acomodar pacientes estabilizados que por algum motivo perderam seus vínculos familiares e sociais. A idéia é que tenham autonomia, cuidem de si e das tarefas de casa, dividam as responsabilidades contando com o apoio dos CAPS's como referência para a continuidade do tratamento, seja em regime ambulatorial, permanência-dia ou pernoite.

2.3 A pesquisa e suas fases

Tão logo o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP-UFMG), foi realizado contato com a atual coordenação do CAPSi para apresentar a pesquisa à equipe, em uma de suas reuniões semanais – momento em que todos os integrantes estão presentes. Nessa reunião, também foi solicitado à coordenação que disponibilizasse os dados referentes à frequência dos encaminhamentos recebidos pelos dispositivos da rede de atenção à infância do município, com o intuito de identificar qual a escola pública, a unidade do conselho tutelar, e a unidade básica de saúde, mais encaminharam crianças para tratamento no CAPSi desde a sua implantação. Após a apresentação da pesquisa e seus objetivos, foi apresentado à equipe os dados referentes às instituições que mais tem encaminhado crianças para tratamento. De posse desses dados, um novo encontro entre pesquisador e equipe do CAPSi, a ser realizado aos moldes de uma roda de conversa, foi agendado com intuito de discutir a pertinência em se eleger as instituições, apontadas através de levantamento quantitativo, para pesquisa.

A roda de conversa, foi eleita para um segundo contato com a equipe do CAPSi, por configurar-se como uma metodologia participativa e dialógica. E, nessa

pesquisa foi desenvolvida com o intuito de promover a reflexão e o diálogo sobre a temática da pesquisa com a equipe do CAPSi, visando a definição dos 03 dispositivos para análise, buscando articular a temática de pesquisa com o contexto vivenciado na prática pela equipe. Essa metodologia visa desenvolver a conversação entre os participantes, criando condições para que a palavra circule e os sujeitos envolvidos possam refletir sobre sua implicação com os assuntos trabalhados. Constitui-se numa “proposta dialógica que visa articular cultura e subjetividade” (Afonso & Abade, 2008, p.19), visto que a reflexão que se estabelece nas rodas é estreitamente relacionada ao contexto dos participantes. A roda de conversa, como procedimento metodológico, permitiu ao pesquisador obter informações sobre o tema/problema de pesquisa na perspectiva dos agentes envolvidos, ao mesmo tempo em que pôde se constituir como uma intervenção, na medida em que incentivou a reflexão e a troca de informações entre os integrantes, incluindo a participação ativa do pesquisador.

Com base nas discussões e reflexões feitas na roda de conversa, foi apontado que a unidade do Conselho Tutelar escolhida, de fato encaminha muitos casos ao CAPSi. Entretanto, a equipe reconheceu que a inserção deste Conselho em uma área extensa da cidade considerada vulnerável poderia incidir sobre seus encaminhamentos. Relataram que alguns casos encaminhados pela unidade do Conselho Tutelar têm um grau de complexidade considerável no que diz respeito à questão social e econômica. Para além, algumas das crianças encaminhadas por essa unidade do Conselho, tem seus pais acompanhados pelo CAPSIII.

Sobre a educação, relataram que a rede municipal realiza mais encaminhamentos diretos ao CAPSi do que a rede estadual. Acreditam que esta pode utilizar-se mais de encaminhamentos via Posto de Saúde, pois raramente recebem casos advindos da rede estadual de educação. Das escolas que mais encaminham, identificou-se uma que para além do número de encaminhamentos, possui casos inseridos no CAPSi de relevante gravidade. Entretanto, cabe ressaltar, que é uma escola que se situa em outra região da cidade, considerada não-vulnerável, diferentemente do Conselho Tutelar eleito para pesquisa. Relataram ainda, que tal escola adotou durante um tempo uma postura de “*encaminhamento em bloco*”, e que tal prática vem sendo reduzida após interlocuções estabelecidas entre o CAPSi e a escola. Contudo, ainda recebem dessa escola, um pedido grande para avaliação e tratamento se comparada às demais. Cabe ressaltar, que o motivo

que referenda tal estranhamento é o fato de que as escolas da rede municipal são bem estruturadas e seguem certo padrão em todo o município. A questão era: o que acontece em tal instituição, que a motiva encaminhar as crianças à saúde mental? Dessa forma, a equipe junto com o pesquisador a elegeu como dispositivo da educação para análise.

Sobre a Unidade Básica de Saúde, foram indicadas três, a primeira delas conta com o apoio do matriciamento em saúde mental, atual Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), desde que foi implantado no município, diferentemente das outras unidades que, apenas, recentemente passaram a contar com tal apoio. Por essa razão, a equipe acreditou ser pertinente a escolha dessa unidade do PSF devido ter tal apoio e, ainda assim, recorrer de forma constante ao CAPSi. Apontaram também, que dessa unidade são encaminhados muitos casos de psicose infantil e transtornos de conduta.

Assim, se deu a escolha dos 03(três) dispositivos a serem pesquisados. Pensamos que o critério de seleção dos serviços foi mais consistente ao contar com a participação ativa dos trabalhadores do CAPSi, que cotidianamente lidam com as demandas que lhes chegam. Desse modo, eles se tornaram, também, sujeitos de pesquisa, numa concepção de “informantes privilegiados”, através dos quais se deu a escolha efetiva dos serviços a serem pesquisados, levando-se em consideração mais a representatividade destes na rede que, apenas, a frequência de seus encaminhamentos.

De posse dos dados, construídos com a equipe do CAPSi, foi realizado contato com os coordenadores das 03 (três) instituições sinalizadas, propondo a apresentação da pesquisa, de seus objetivos e metodologia. O momento da apresentação teve como função, para além de informar sobre a pesquisa, perceber o funcionamento institucional, promover uma aproximação entre pesquisador e sujeitos/atores de pesquisa, caracterizar as instituições e entender sua lógica de funcionamento. Ainda, o contato e a observação do funcionamento institucional contribuiu para a (re)elaboração do roteiro de entrevistas semi-dirigidas, assim como a definição do número de entrevistados.

A entrevista semi-dirigida foi a principal técnica de coleta de dados. A (re)construção do seu roteiro se deu a partir do primeiro contato com o campo.

Optou-se por essa forma, por acreditar que a articulação entre a observação⁵ e as entrevistas é positiva na medida em que esta poderia fornecer subsídios para a construção do roteiro. Acredita-se, ainda, que as entrevistas ajudaram na análise crítica sobre a significação do que foi observado. Dessa maneira, a entrevista foi compreendida como um momento de interação, como uma situação intersubjetiva, tendo como objeto os discursos produzidos, estando o entrevistador, nessa perspectiva, totalmente implicado no processo de produção dos dados. Pois, o diálogo em uma situação de entrevista é produzido por sujeitos que falam de determinados lugares, sendo tal discurso endereçado ao interlocutor. Portanto, um enunciado está necessariamente vinculado ao contexto sócio-histórico e subjetivo de seus produtores. E, como alerta Machado (2002), o pesquisador e o entrevistado não escapam dessa localização, assim como nenhum dos dois detém o controle da entrevista inteiramente.

Ressaltamos que as entrevistas constituíram-se como o principal método desta pesquisa. A partir delas, inspirados em Maingueneau (2000), buscamos conhecer as regras estruturantes, as variações da linguagem e a retórica dos atores sociais envolvidos no processo de encaminhar crianças para tratamento. O objetivo era identificar os discursos institucionais produzidos acerca dos comportamentos/problemas das crianças, e se estes (re)produzem a loucura como um desvio ou um comportamento-problema a ser normalizado, negando-a enquanto diferença. As entrevistas também nos sinalizaram para a forma de funcionamento e interlocução estabelecida pela rede de atenção à infância do município de Santa Luzia com a rede de saúde mental e qual o seu papel para construir ou desconstruir determinadas concepções sobre o comportamento-problema de crianças, tendo em vista compreender e analisar as concepções e representações discursivas acerca dos comportamentos das crianças que as 03 (três) instituições utilizam para encaminhá-las e, como esses discursos poderiam se materializar na prática produzindo modos infantis de existir.

⁵ Não se tratou propriamente de Observação Participante, mas de uma postura atenta do pesquisador em todo o processo de abordagem do campo empírico de pesquisa.

CAPÍTULO 3. O CAMPO E SEUS DISCURSOS

Dos dispositivos da rede municipal voltados para a infância que mais interagem com a rede de saúde mental, escolhemos para pesquisa três: o conselho tutelar, uma escola de ensino fundamental e uma unidade básica de saúde e seu Programa de Saúde da Família, apresentados a seguir.

3.1 Apresentando os dispositivos pesquisados

O Conselho Tutelar (CT)

Localizada em uma região considerada de maior risco e vulnerabilidade social e onde se encontram vários bolsões de pobreza da cidade de Santa Luzia, a unidade do CT pesquisada funciona de 8:00 as 17:00h num espaço onde também se encontram em seu redor uma unidade da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e o Projeto Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano. A partir das 18:00h trabalham em regime de plantão podendo ser acionada via celular pela polícia militar ou pelo Pronto-Atendimento. O Conselho conta em seu quadro funcional com 1 secretária, 5 conselheiras tutelares para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco social e/ou com seus direitos violados, de acordo com as premissas do ECA (1990). Atualmente, os atendimentos vêm sendo realizados apenas por 4 conselheiras em razão de uma delas encontrar-se há, aproximadamente, 4 meses de licença médica. Cada conselheira acompanha em média mil casos, totalizando cinco mil casos em acompanhamento. Para a realização dos atendimentos contam com a seguinte estrutura: uma recepção com cadeiras, TV e bebedouro, uma linha telefônica que não realiza chamadas para celular – grande impasse visto que a maioria das famílias possuem o celular como principal meio de contato –, um carro durante um turno por 02 dias e, integralmente

por 01 dia da semana, o que vem se constituindo como um empecilho para o acompanhamento dos casos, averiguação de denúncias e realização de visitas. Contam ainda, com 03 salas pouco iluminadas e que são compartilhadas entre as conselheiras durante os atendimentos, 02 banheiros, uma cozinha que, também, é via de acesso às salas de atendimento, que delimitadas por divisórias de madeira permitem que as pessoas que estejam na recepção aguardando por atendimento escutem os casos ali relatados. De acordo com uma conselheira, a própria estrutura física do Conselho Tutelar viola o direito da criança, pois não há sequer privacidade para ouvi-la. Conta ainda, com 06 computadores, estando apenas 1 em funcionamento e, segundo relatos, sem tinta para impressão, dificultando a emissão de relatórios para a rede de atenção a infância, incluindo o próprio Judiciário. A unidade não é informatizada, assim não utilizam o SIPIA (sistema nacional para registro e tratamento de informações sobre a garantia e defesa dos direitos fundamentais preconizados pelo ECA). Acolhem demandas espontâneas, visando atender dessa maneira, a todos que recorrem ao Conselho, com exceção dos casos que já estão em acompanhamento, que por esse motivo podem ter seus atendimentos agendados. Atualmente, o Conselho Tutelar tem priorizado atendimentos dos casos de maior gravidade, prática de trabalho imposta pela falta de estrutura física e material. Com relação à estrutura o Ministério Público foi acionado visando minimizar os problemas enfrentados. Seu público-alvo compõe-se de uma parcela carente da população, que na maioria das vezes não tem condições de acessar o Conselho Tutelar via transporte público, chegando a caminhar vários quilômetros até chegar à sua unidade. Sobre sua demanda recebem pedidos significativos da educação, denúncias de vizinhos sobre situações em que o direito da criança e do adolescente vem sendo violado – que em 80% dos casos são denúncias improcedentes, interferindo no funcionamento do serviço que mobiliza ações para verificá-las –, DISK 100 (Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos), Polícia Militar, Polícia Civil, 0800 (denúncias de abuso sexual), Pronto-atendimento de Saúde e raramente Organizações não governamentais (ONG's). Especificamente, vem recebendo casos de drogadicção, prostituição e trabalho infantil, abandono de incapaz, evasão, agressividade e indisciplina escolar, dentre outros. Trabalhando diretamente em interlocução com serviços para a infância e adolescência, o conselho Tutelar está submetido ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), que organiza suas necessidades junto ao

poder público local. Com intuito de dar melhor andamento aos casos atendidos, realizam reuniões quinzenais para discuti-los, principalmente aqueles que de alguma forma mobilizam toda a equipe. Contam com o apoio de alguns serviços da rede como a saúde mental infanto-juvenil, escolas, Promotoria e Juizado da Infância e Adolescência. No entanto, com relação ao judiciário, o município de Santa Luzia passou alguns meses do último ano sem promotor e juiz da infância e juventude, incidindo diretamente sobre a atuação do Conselho Tutelar.

A Escola Municipal

A escola faz parte da rede municipal de educação da cidade de Santa Luzia e encontra-se localizada na parte alta da cidade, considerada uma área central. De acordo com a direção, a despeito de estar bem localizada, atende um público carente da periferia da cidade e bairros considerados vulneráveis. Para chegar até a escola a maioria dos alunos utiliza o transporte público da prefeitura. Segundo relatos, em sua maioria, os pais dos alunos são trabalhadores o que os impede de uma participação ativa na vida escolar dos filhos. Sobre seu funcionamento, a escola promove grandes reuniões durante o ano tendo em vista poder contar com a participação dos pais ou responsáveis. No início do ano, realiza uma reunião com intuito de apresentar a escola, suas normas e regras de funcionamento aos pais. Realiza também, trimestralmente reuniões que objetivam apresentar o resultado obtido por seus alunos, e os conselhos de classe, onde se discute sobre o desempenho de cada um deles. Outras reuniões são agendadas de acordo com as necessidades da escola e dos familiares. Sempre que necessário convoca pais e responsáveis para assuntos de indisciplina, infrequência (quando também o Conselho Tutelar é notificado) e, quando o rendimento do aluno não é satisfatório. Realiza reuniões administrativas para refletirem sobre o funcionamento da escola, e no início do segundo semestre, reuniões pedagógicas quinzenais, nas quais as supervisoras pedagógicas, juntamente com as professoras, (re)pensam o planejamento das aulas e possíveis intervenções com os alunos que não atingiram o que deles se esperava, avaliando o apoio oferecido pela coordenação. Realizam

também duas reuniões gerais por ano, que conta com a participação de todos os funcionários.

A Escola conta em seu quadro funcional com 16 professoras, sendo 2 professoras eventuais (que realizam trabalho de recuperação escolar com os alunos), 1 professora para a sala de recursos especiais, 2 supervisoras pedagógicas, 1 diretora, 1 vice-diretora, 5 auxiliares de serviço, 2 auxiliares de secretaria, 1 zelador e 2 vigias. Os alunos iniciam sua trajetória na escola aos seis anos de idade e tem previsão de conclusão aos dez anos. Existem 2 turmas de primeiro ano, 3 turmas de segundo, 4 turmas de terceiro, 3 turmas de quarto ano e 4 turmas de quinto. O funcionamento da escola se dá de acordo com a faixa etária dos alunos, sendo o primeiro e segundo ano à tarde e as demais séries pela manhã, com exceção de uma turma de terceira série que funciona à tarde por falta de espaço físico. As turmas são dispostas de acordo com o desenvolvimento e rendimento dos alunos. Alguns alunos com maiores dificuldades são, estrategicamente, selecionados para as turmas que tem bom rendimento, pois se acredita que as professoras poderão lhes dar maior atenção. Também, acredita-se que concentrar os alunos com mais dificuldade em uma única turma dificulta o trabalho do professor e prejudica o rendimento dos alunos. Mas, ainda assim existem salas que agregam os alunos que apresentam pouco ou nenhum rendimento escolar. Todos os alunos que chegam à escola por transferência escolar passam por uma “avaliação diagnóstica” no intuito de verificar a turma em que vai se encaixar de acordo com seu desempenho. Sobre a questão da reprovação, os alunos podem ficar retidos apenas no terceiro e no quinto ano. Visando minimizar as questões relacionadas às retenções e baixo desempenho escolar das crianças, conta com o PROAD (programa que visa trabalhar os alunos com dificuldades de aprendizagem), que funciona em uma sala especial. Tal programa atende aos alunos do terceiro e quinto ano, séries que podem sofrer retenção. Sobre sua estrutura física, conta com 1 sala para o PROAD – dividida com a sala de professores –, 1 secretaria, 1 banheiro de professores, 2 banheiros para alunos (que em breve serão adaptados para portadores de necessidades especiais), 1 sala de recursos multifuncionais (que funciona na antiga biblioteca que hoje funciona de forma itinerante), 1 sala da direção, 1 pátio com marcações de jogos como amarelinha e mesas com de tabuleiro de dama, 8 salas de aula equipadas com TV, vídeo, quadro branco, mesas e cadeiras novas em formato anatômico, 1 quadra

coberta, 1 cozinha, 1 espaço coletivo para merenda (a escola oferece uma refeição aos alunos de cada turno, excetuando-se o turno matutino que recebem, também, o desjejum), computadores, máquina de Xerox, etc. Na avaliação dos funcionários, a escola conta com uma estrutura física satisfatória, é bem organizada, limpa, enfeitada com motivos infantis. As atividades ocorrem em sua maioria em sala de aula, com exceção da aula de educação física, também chamada de recreação. Atualmente, não conta com parcerias comunitárias, mantendo vínculos com a saúde mental infanto-juvenil, Conselho Tutelar, dentre outros dispositivos da rede. Trata-se de uma escola bem equipada e, assim como as demais escolas da rede municipal da cidade de Santa Luzia, é bem conceituada. A educação no município já recebeu vários prêmios por seu desempenho e atuação. Existe um pensamento folclórico dentre os demais setores e serviços da prefeitura, como a saúde, por exemplo, de que a educação seria a sua “prima rica”.

A Unidade Básica de Saúde

Situada na mesma região da unidade do CT, a Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada no centro de um bairro considerado pobre com altos índices de violência, homicídios e tráfico de drogas. No entorno da unidade encontram-se uma unidade integrada de atendimento da polícia civil e militar (AISP), um Núcleo de Prevenção à Criminalidade da Secretaria Estadual de Segurança Pública (NPC), uma escola estadual, a cadeia da cidade, uma quadra esportiva e um campo de futebol comunitário. Considerada um dos bolsões de pobreza da cidade de Santa Luzia, avistam-se da UBS casas amontoadas nos morros, forte presença de moradores nas ruas, principalmente crianças e adolescentes. A unidade, inaugurada no ano de 2009, foi instalada em um amplo espaço físico que conta com 1 recepção, 1 sala para gerência, 10 consultórios médicos, 1 sala de pré-consulta (que funciona como triagem dos casos a serem transferidos para o médico, para aferir pressão arterial, glicemia, pesagem, dentre outros), 1 sala para vacinação, 1 farmácia (a ser inaugurada e que passará a distribuir a medicação na própria unidade), 1 sala de expurgo, 1 sala de agentes da dengue (que saem para a comunidade a fim de identificar os possíveis focos do mosquito), 1 cozinha, 1 almoxarifado, 2 banheiros

de funcionários, 2 banheiros para usuários e um estacionamento para funcionários. Por se tratar de uma unidade de saúde construída recentemente, segundo relatos, sua estrutura física é considerada suficiente para o atendimento das demandas a ela endereçadas. Funciona de 7:00h às 17:00h e atende à demandas de casos considerados de baixa complexidade. Apesar disso, costumam receber casos mais complexos em que acionam o Serviço Médico de Urgência (SAMU) ou encaminham ao Pronto-Atendimento (PA). Realizam consultas, atividades de prevenção e controle de doenças, pré-natal, vacinação, grupos operativos com hipertensos, diabéticos, de planejamento familiar, dentre outros, e a coleta de materiais para exames de rotina, que são enviados para análise em um laboratório terceirizado. Tendo em vista a condução dos casos e o funcionamento da unidade, realizam reuniões de equipe para discussão de casos e reuniões administrativas gerais.

Para cumprimento dos atendimentos, conta com 4 equipes de PSF, sendo cada uma delas compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Ainda possui, para o apoio das equipes de PSF, 2 enfermeiros (que circulam em todas as equipes de PSF), 1 médico clínico geral (que realiza consultas às quartas-feiras) e uma pediatra (que realiza atendimentos duas vezes por semana). Conta, também, com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por um fisioterapeuta, 1 psicóloga, 1 psiquiatra, 1 nutricionista, 1 farmacêutico e 1 assistente social. Em seu quadro administrativo, conta com 1 gerente, 5 auxiliares administrativos, 2 auxiliares de serviços gerais e 2 vigilantes noturnos. O funcionamento da Unidade se dá em uma boa estrutura física, nova, pintada recentemente, e, diariamente circulam em média 200 usuários na unidade, sendo 80 deles para consulta médica. De uma maneira geral, a comunidade parece estabelecer um bom vínculo com a Unidade e seus trabalhadores. Não há tumultos, agitação na sala de espera ou indícios de má conservação do local. Ainda, usuários e funcionários se relacionam de maneira cordial sinalizando certa legitimação do trabalho ali realizado.

3.2 Uma primeira caracterização dos discursos por dispositivo

A partir dos textos transcritos das entrevistas realizadas com profissionais de diferentes formações, inseridos nos três dispositivos escolhidos, empreendemos a análise, à luz da Análise de discurso de orientação francesa (AD), especialmente da contribuição de Michel Foucault (1987). A análise do discurso teve importância central por ser o discurso o elemento da realidade social privilegiado nessa pesquisa. Nesse sentido, ficamos atentos à literalidade do que foi dito pelos entrevistados, que não foram identificados, não apenas pela questão do sigilo ético, mas também porque não nos importa a identidade pessoal de quem fala, mas o que e como fala e as condições de produção desse dizer (Foucault, 1987). A pesquisa de campo em Santa Luzia levou-nos à identificação de três categorias de discurso distintas correspondentes ao tipo de dispositivo em questão, que nomeamos como: discurso do Conselho Tutelar: o encaminhamento para ordenação de condutas pelo especialista; discurso da Escola: a medicalização da infância; discurso do PSF: a normatização médico-científica dos comportamentos. Todos eles tendo em comum a normatividade do comportamento da criança e do adolescente.

Cabe ressaltar que a tipificação dos discursos não corresponde a entidades pré-existentes nas realidades estudadas. Tampouco, são passíveis de delimitação de fronteiras, uma vez que estão imbricados na produção de formações discursivas sobre a infância, que orientam espontaneamente práticas sociais com crianças. Desse modo, a tipificação dos discursos realizada é um recurso analítico criado pelo próprio pesquisador, que juntamente com a riqueza do *corpus* produzido pelas entrevistas de modo algum esgota outras possibilidades de análise. Nessa perspectiva, apresentaremos nossas análises sobre os discursos, na tentativa de identificarmos a concepção de infância que está em jogo e como essa concepção pode se materializar em práticas institucionais concretas, não sendo estas últimas, entretanto, objeto deste estudo.

O discurso do Conselho Tutelar: o encaminhamento para ordenação de condutas pelo especialista

A análise dos pedidos realizados pelo Conselho Tutelar para o tratamento de crianças sinaliza para certa subestimação de sua função de orientação,

aconselhamento e acompanhamento dos casos e para a crença de que o encaminhamento para os serviços especializados existentes na rede seria a melhor conduta a ser tomada visando à defesa e proteção dos direitos da criança e do adolescente. Conforme relata um dos entrevistados, diante dos problemas e demandas que se apresentam ao Conselho Tutelar solicita aos pais ou responsáveis que conduzam a criança a algum serviço especializado: “a gente faz o encaminhamento pedindo e eles levam mesmo” (Entrevista de Pesquisa). Apesar de reconhecermos que nem todos os casos são remetidos para a intervenção de um especialista, notamos que em seu discurso o Conselho Tutelar faz com certa intensidade referências ao encaminhamento de casos e não apontam para outros em que a solução pôde ser encontrada pelo próprio Conselho Tutelar. Isso nos faz acreditar que sua prática vem se restringindo em torno de encaminhar os casos para a intervenção de um profissional especializado, conforme veremos no decorrer dessa análise.

Ao relatarem sobre os problemas enfrentados com a infância, a maioria deles tem relação com a família e o contexto social em que a criança está inserida. O uso de drogas, violência, abuso sexual, dentre outros, foram relatados como um dos maiores desafios a serem enfrentados pelo Conselho Tutelar:

Um exemplo. Óh o quê que acontece. Assim, os pais trabalham, e fica os filhos a vontade, às vezes fica o irmão mais velho, fica ali na rua o tempo todo, tá vendo acontecer... Já aconteceu... a gente atendeu um caso aqui no Conselho Tutelar recentemente que o adolescente, a mãe não sabe onde que tá, filho único dela, vive nas ruas, já se internou em várias instituições e não fica. E, a primeira vez que ele usou droga foi o próprio pai que deu. Ele falou...ela me falou que era cinco ou quatro anos. Ele buscava droga pro pai, entendeu? Então assim, tudo pode acontecer. (Entrevista de Pesquisa)

Óh, o mais frequente no Conselho Tutelar é o abandono e o abuso sexual entre familiar. São os dois nós do Conselho Tutelar. O abandono porque poucas crianças da nossa comunidade pelo menos vivem dentro da família biológica, geralmente é criada por avós... (Entrevista de Pesquisa)

Para além do problema do abandono familiar e da idéia de uma família ideal, estruturada sob o modelo nuclear “pai-mãe-filho”, que por vezes excluiu outras formas possíveis de organização familiar, as questões sociais aparecem como co-produtoras de quadros psicopatológicos que podem se manifestar na infância. Ao

relatar o que incidiria sobre a produção de um caso a ser encaminhado ao CAPSi, um entrevistado revela:

É os problemas mais de... social. Que faz com que a criança manifeste um quadro. Óh, por exemplo, hoje. Vou citar: menino não aceitou a separação dos pais. Na época foi um problema feio, porque ele gosta dos dois. Aí começa aquele trem da alienação parental, onde um joga um contra o outro. O filho vai pra casa do pai, escuta ele falar mal da mãe, fica aqui pra falar mal do pai... Então, a criança fica ali igual brinquedo na mão dos dois... A mãe constituiu uma outra família, custou a superar a separação com o pai. Ela arrumou um outro marido e teve um bebezinho. Esse filho de 7 (sete) anos não foi preparado para ter o bebezinho dentro da casa. Quê que o menino fez? Regrediu, quer mamar o seio, voltou a fazer xixi na cama. Então, ele precisa de um acompanhamento psicológico. ...Eu encaminhei pra avaliação psicológica. (Entrevista de Pesquisa)

Podemos perceber como o entrevistado chama atenção para a falta de preparo da criança para receber o novo irmãozinho. No entanto, diante do quadro apresentado por ela, acrescido da queda do desempenho escolar, um caminho para intervenção com a criança parece estar sinalizado: o encaminhamento para a intervenção especializada. Ou seja, a avaliação de um psicólogo. O que fazer diante do fracasso escolar, da redução das notas e do comportar-se de maneira não admissível para crianças de sua idade? Encaminhar ao CAPSi para restituição da normalidade de seu desenvolvimento e desempenho. Nota-se também, que para o Conselho Tutelar a produção desse problema se deve a questões sociais e familiares. A maneira como a criança é cuidada pela família torna-se foco de intervenção do Conselho, já que seria a produtora dos problemas, seja por sua omissão, seja pelo excesso de cuidados destinados à criança, que segundo um entrevistado *“gera problema. E, também a criança foi criada com muito mimo né, fazendo tudo que quer. Fazendo tudo que quer, aquela permissão de tudo, chega um dia que não tem mais o que buscar né. Já foi concedido tudo”* (Entrevista de Pesquisa). Assim, a família que oferece um excesso de zelo à criança só poderia contribuir para a produção e manutenção de comportamentos infantis indesejáveis.

Apesar disso, cabe ressaltar que há por parte do Conselho Tutelar uma sensibilidade diante da singularidade dos casos que se apresentam. Desse modo, não são todas as famílias responsáveis pelos problemas que as crianças possam vir a apresentar, pois *“cada caso é um caso, não tem nem um caso do Conselho Tutelar que tem o mesmo segmento. Porque a vida, cada vida tem um... uma constituição*

familiar... O ambiente em que vive” (Entrevista de Pesquisa). Entretanto, a influência do ambiente em que a criança se encontra inserida, e a permissividade da família perante determinados atos da criança, parecem contribuir para a produção de problemas infantis.

Outro problema localizado pelos entrevistados é a agressividade, principalmente na escola e, também, atribuída à falta de limites em casa. Ou seja, um problema gerado pela família.

Uai, não conseguir aprender e essa falta de, de, de... esse convívio social. Tem menino extremamente agressivo, tem menino na primeira infância com 5 (cinco) anos que já foi suspenso da escola, por chegar lá e chutar a canela do professor e bater nos colegas. Dá onde vem isso? Da falta de limite da família também. Tem aquela criança que é criada muito... [mimo] na base do querer, muito paparicado, que ninguém pode falar um não com ele. Então, acho que a maioria dos problemas é oriundo da família. (Entrevista de Pesquisa)

A maneira como a família conduz a criação de sua prole, pode reservar a ela certa culpabilização. A família é responsabilizada pela produção dos comportamentos-problema em crianças. Nesse sentido, as intervenções do Conselho Tutelar se dão sobre a identificação de uma estrutura familiar desarranjada que, por esse motivo, só pode produzir crianças problemáticas.

Eu acho importante, também, eu falo muito com as mães que quando elas vê que não tem condições de ser mãe. Tem mãe que não tem condições de ser mãe. Procure os meios, entregue pra adoção, deixa no hospital, ser criada por outra família, para que aquele filho tenha condições de ter alguém pra cuidar dele. O importante é o cuidado. Não precisa nada, tem família aí que é abastada, mas o filho não tem aquele carinho. Aquele trem de ler nas entrelinhas: o quê que a criança quer? Um carinho, um colo. Então, tem gente que não tá comprometido com isso não. E tem um filho atrás do outro, e vai pra rua e larga solto, vai pra rua, vai pras drogas, vai preso. Por isso que eu falo com você que é mais disso daí de abandono, os casos mais crônicos, abandono, abuso sexual, que tudo vai favorecer. Geralmente, quem vê a criança que não tem suporte, não tem uma família, tenta abusar de todos os meios. Ou, abusar mesmo, ou levar pra outros caminhos porque não tem quem olha. Então, é muito triste a criança desamparada. (Entrevista de Pesquisa)

Portanto, ao relatarem sobre os problemas enfrentados, nota-se que a questão familiar tem um papel central na produção dos mesmos. A criança que necessita de carinho, proteção e amor dos adultos, para que assim possa desenvolver seu

potencial, não poderá encontrá-los em uma família sem estrutura, que as abandona à própria sorte.

Para o Conselho Tutelar parece haver uma diferenciação da criança com relação ao adolescente. A criança é especialmente incapaz de responder juridicamente por seus atos e, dessa forma, o controle e o cuidado sobre a infância revelam uma concepção de criança amparada pelo discurso jurídico. Ou seja, aquela que tem até 12 anos e que não pode ser penalizada, restando àqueles que dela se encarregam a tarefa de zelar por seus interesses. Caso contrário, serão responsabilizados, culpabilizados. Nesse sentido, para a criança destina-se a proteção, e para o adolescente, rebelde por excelência, resta a punição que parece estar relacionada à função do controle de condutas, conforme veremos mais detalhadamente à frente. Cabe ressaltarmos que o fato de não responder perante a lei, faz com que os casos que envolvem a criança se tornem mais difíceis para o Conselho Tutelar. E, os casos envolvendo adolescentes parecem encontrar na aplicação das medidas sócio-educativas uma possível solução.

É muito difícil, porque a criança, ela não é passível de punição né. Ela não é. O adolescente ele já é passível de punição. Tem as medidas educativas, tem adaptado, mas a criança não, ela não é passível. Então quando acontece, quando ela é infratora, menor infrator ou ela é usuária ou ela até faz de aviãozinho, trafica porque existe, é complicado para o Conselho Tutelar dar conta de lidar com a criança. (Entrevista de Pesquisa)

A incapacidade da criança de responder perante a lei por aquilo que lhe concerne, é um complicador, e corrobora com a idéia de uma criança desprovida de credibilidade no dizer perante os aparatos jurídicos. Trata-se de uma criança à qual não pode ser responsabilizada, estando, portanto, o adulto no lugar de dizer por, e, sobre ela. Dessa maneira, este é quem deve ser ouvido sobre o que se passa com a criança. Indagado sobre como se dá a condução de um atendimento e escuta da criança, um entrevistado relata:

Geralmente se conversa com os pais perto. Só não conversa com os pais perto se a gente perceber que tem alguma coisa além daquela conversa. Aí a gente vê: se a criança é muito retraída, eu peço licença e a criança conversa sozinha com o conselheiro. (Entrevista de Pesquisa)

Num primeiro momento essa fala pode rapidamente nos levar a idéia de respeito à criança. No entanto, à criança só é conferido o espaço de fala quando se deduz que ela teve um de seus direitos violados, revelando que o que está em questão não é a credibilidade de seu dizer, mas sua condição passiva e indefesa diante dos atos de um adulto. Como uma condição da infância em nossa sociedade, a concepção que está em jogo é de uma criança portadora de direitos e ao mesmo tempo irresponsável por seus atos e, portanto, submissa aos adultos. É o fato de estar à mercê de ações dos adultos que lhe confere momentos de fala, conforme aponta um dos entrevistados: *“porque a criança se ela não verbalizar, se ela não te contar com riqueza de detalhes o que tá acontecendo com ela, o adulto muda muito fácil, some... Isso é negligente, tentar mudar o quadro”* (Entrevista de Pesquisa). A criança aparece aqui como aquela que sempre sofre as ações que os adultos imprimem sobre ela.

Nessa perspectiva, a imagem da criança pura, angelical e idealizada também pode ser percebida, pois ela é um ser incapaz de mentir. E, pelo motivo de falar apenas a verdade tem a confiança do Conselho Tutelar no sentido de revelar-lhe algo que vem sendo camuflado pelo adulto, que na maioria das vezes é o responsável pelo sequestro de seus direitos.

Que é mentira da criança, e pra nós a criança ela... ela tem credibilidade. Se a criança contar pra gente, ela tem credibilidade. Porque uma criança dependendo da idade ela não... a criança dificilmente mente. Já o adolescente, ele muda do jeito que ele bem entender. Quanto mais novinha, menos condições de mentira têm. Uma criança que chega pra gente aqui com 4 (quatro) anos que fala que os irmãos molha o dedo na língua pra passar na pererequinha dela, e que o cuspe dói. Você pode ter certeza que tá havendo um ato libidinoso ali. ... já o adolescente sabe manipular, sabe modificar. Ele vai de acordo com alguém que intimida, ameaça. Se você falar, [para o adolescente, ele responde] “eu vou te bater, vou te matar, eu mato fulano!” Então, é o tipo de coisa que corre diariamente. (Entrevista de Pesquisa)

A despeito da criança não responder juridicamente por seus atos e por aquilo que lhe concerne, sua fala é acolhida pelo Conselho Tutelar. A credibilidade remete ao fato de que à criança é conferido um espaço legítimo de fala, opondo-se à idéia de que esta não teria capacidade para dizer por si mesma sobre aquilo que lhe diz respeito. Assim, o Conselho Tutelar atende com certa sensibilidade o que ela diz, mesmo que sua fala não tenha valor numa perspectiva jurídica. Assim, o Conselho

cumpra sua função de protegê-la fazendo valer aquilo que a criança relata. Por outro lado, sua verdade está estritamente ligada a uma inabilidade para articular os fatos às idéias, e é isso que torna difícil para o Conselho Tutelar, do ponto de vista psicológico, lidar com as crianças. Tal dificuldade parece se concentrar no que diz respeito à questão de fazer com que a criança expresse o que está acontecendo com ela e, a partir daí, intervir no contexto familiar.

Já o adolescente, por ser mais escorregadio e escapar às intervenções do Conselho Tutelar, coloca para o Conselho Tutelar outra dificuldade porque, na maioria das vezes, não se submete como a criança às intervenções dos adultos.

Talvez seja por toda essa dificuldade toda que a gente encontra de, de... com a nossa adolescência que tá muito... fazendo muita coisa errada. Eles não querem ter ninguém que vai chamar atenção. Quando chega o Conselho Tutelar, eles já tã com a cabeça feita, eles não querem escutar orientação. Pra eles advertência não resolve nada. E, é mais difícil de lidar com adolescente. (Entrevistas de Pesquisa)

Apesar de o adolescente poder ser responsabilizado por seus atos, por exemplo, no cumprimento de alguma medida sócio-educativa, ainda assim é difícil para o Conselho Tutelar lidar com ele, pois de acordo com um entrevistado, o adolescente tem mais entendimento de como a lei incidirá sobre ele.

Começa a entender as coisas, aí começa a ter maldade das coisas, começa a complicar. Principalmente quando é infrator. Quando a polícia pega e vê que não dá nada sabe? Porque não dá. Chega lá na delegacia... aí chega lá e libera... chama atenção, ouve ou intima e libera pro responsável. Acabou ali entendeu? Então quando acontece isso mais de uma vez ele, o adolescente vai criando coragem pra fazer mais, porque ele acha que não tem punição. Entendeu? Quer dizer, a sensação de impunidade é como existisse mesmo. É claro que depois vai vim o papel pra ele cumprir medida sócio-educativa. Mas, isso é uma coisa, não é imediato entendeu? (Entrevista de Pesquisa)

Parece-nos que temos dois problemas de ordens diferentes relatados pelo Conselho Tutelar com relação à infância e adolescência. Em razão disso, há certa polarização em seu discurso. À criança cabe a intervenção do psicólogo e ao adolescente a da justiça, pois “se tem um direito violado, ele tá precisando de ajuda. É... agora se ele é o violador dos direitos, não é o Conselho Tutelar, entendeu? Assim, no caso de infração mesmo. Aí isso é ato infracional. Não é o Conselho Tutelar. Aí já é a Vara da Infância” (Entrevista de Pesquisa). Contudo, tal delimitação, assim como as

delimitações burocráticas de faixa etária, conforme relatado por um entrevistado de que “até onze anos, faltando um dia pra completar doze, é criança” e “de doze até dezessete, faltando um dia pra completar dezoito é adolescente” (Entrevista de Pesquisa), por exemplo, não são fixas e muitas vezes não correspondem à realidade. Ao relatar o caso de um adolescente que teria iniciado o uso de drogas na infância, e que foi encaminhado para o CAPSi, o entrevistado confirma o quanto é falha tais delimitações:

Usuária, menor infrator, que rouba pra usar, e na maioria das vezes vai pra trajetória de roubo porque a família não dá conta. E, o tempo vai passando, é como se tivesse empurrando cê tá entendendo? É, temos um caso aqui que o menino começou com 6 (seis) anos a mexer com drogas, roubar, e hoje tá com 14 (quatorze) e ninguém dá conta. Entendeu? (Entrevista de Pesquisa)

A criança como um ser em desenvolvimento torna-se foco de atenção. Se ela não pode ser responsabilizada perante a lei, que seja tratada. Que dela seja extirpada toda e qualquer influência perniciosa advindas do social e/ou da família. Isso parece ser o principal motivo para o encaminhamento de crianças para tratamento. Contudo, mesmo em desenvolvimento, muitas delas começam precocemente a enveredar-se por caminhos sinuosos, borrando o ideal de criança como um ser imaculado, puro e inocente e a idéia de que só o adolescente poderia protagonizar determinados atos, como o uso e abuso de drogas. Isso aproxima, também, o abismo instaurado com a separação entre o que é uma criança e o que é um adolescente. Cabe ressaltarmos que, se ocorre uma separação entre a infância e adolescência esta não é feita apenas pelos entrevistados, mas também o pesquisador se viu fazendo a mesma separação. Cabe ainda, ressaltar que seja criança, seja adolescente a ação do Conselho Tutelar parece ser sempre precipuamente encaminhar para outro serviço especializado, especificamente psicológico ou jurídico.

Ainda consideradas como um pequeno adulto em desenvolvimento, as crianças parecem ser o principal alvo de intervenção a fim de se evitar a instauração da desordem e do caos. É na adolescência que os problemas se agravarão com pouca ou nenhuma possibilidade de sucesso nas intervenções empreendidas. Nesse sentido, as intervenções com crianças são de caráter reparador, acreditando-se que algo do âmbito de uma correção pode se operar com grandes possibilidades

de sucesso. Desde que seja feita em tempo hábil, pois a criança encontra-se inscrita em um período que escapa a si e ao outro. Ou seja, uma fase passageira que referenda encaminhamentos para intervenções que visem protegê-la, antes que cresça e pouco ou quase nada possa ser feito.

É. Pra dar tempo ainda de fazer alguma coisa. Quando chega aqui com adolescente de 15 (quinze), 16 (dezesesseis) anos com envolvimento de rua, com prostituição, com drogas, dificilmente eu consigo ter o que fazer. Aqui pelo menos, a gente dificilmente tem o que fazer. Nós não temos com ele um dado terapêutico pra lidar com as drogas. Então se orientar, é mais uma pessoa pra falar não pode, não deve! (Entrevista de Pesquisa)

Para além da crença de que o profissional especializado é quem pode lidar com determinados casos, por possuir um saber terapêutico sobre eles, não se vislumbra nenhuma ação que não a corretiva para a solução dos problemas. Mesmo que se tenha consciência de que esta não vai resolver. Contrariamente ao adolescente, a criança ainda pode ser orientada, corrigida. Pode-se sentenciar para ela o que se deve ou não fazer. Desde que, sob a forma de tratamento. É sob a configuração de orientação que o controle poderia se exercer sobre ela modificando sua conduta. No caso do adolescente, parece haver uma desistência com relação a ele, pois dificilmente poderá se operar uma mudança sobre seus comportamentos:

A criança assim que ela percebe que tem alguém que tá escutando aquela coisa que ela tá sofrendo, que tem aquela possibilidade dela sair daquele quadro ali, entendeu? Ela dá o retorno. A criança dá o retorno. E o adolescente é mais difícil você conseguir com que ele te dê o retorno. Uma mudança de comportamento. O adolescente dificilmente ele muda de comportamento. (Entrevista de Pesquisa)

Destarte, quando a família falha em sua função de orientação e formação de uma criança, o tratamento se configura como a alternativa capaz de operar mudanças em seu comportamento ao ser encaminhado para tratamento. “Acho que a família tem que procurar o Conselho Tutelar enquanto ainda tá pequeno, tem condições de ser orientado, ser encaminhado...” (Entrevista de Pesquisa).

Nessa perspectiva de que algo ainda pode ser feito, torna-se necessário que a família busque o Conselho Tutelar sempre que algo da ordem de uma lei e de uma norma não funcionar no próprio lar podendo, dessa maneira, conduzir a criança a um caminho contrário ao ideal, do que dela é esperado. Só assim, a criança dará

retorno no sentido de que mudanças podem se efetuar sobre sua maneira de se comportar. Isso justificaria os encaminhamentos que tendem para o seu enquadre num determinado ideal social. Essa noção da criança referenda a prática de encaminhá-la a serviços especializados, esperando que operem a tempo uma mudança em sua conduta, visto que é por não atenderem a determinadas expectativas que elas são conduzidas para tratamento na saúde mental, conforme relata um entrevistado: *“os casos nossos que percebemos que a saúde mental pode tá ajudando, a gente encaminha”* (Entrevista de Pesquisa). Sobre esses casos o entrevistado continua: *“de desvio de comportamento, agressividade fora do normal... que não fica quieto, que derruba, que bate, que agride, que chuta...”* (Entrevista de Pesquisa). É o ideal de candura e uma infância angelical que, também, referenda o encaminhamento da criança que dele destoa. *“Nós temos criança aí de sete, oito anos que tem comportamento de agressividade, de tudo quanto é coisa, que tem na escola. Nós temos que encaminhar né”* (Entrevista de Pesquisa). Ora, uma criança idealizada não pode apresentar comportamentos agressivos com apenas sete ou oito anos de idade. Se o contrário acontece, aponta para um problema que merece intervenção da saúde mental. Como não pode ser legalmente responsabilizada pelos seus atos, a intervenção deverá ocorrer no âmbito “psi”, a tempo para que os problemas manifestados não contribuam para a produção do jovem ou adulto agressivo e fracassado, que se constitui como uma ameaça ao futuro da nação.

Então, quando a gente consegue observar isso mais cedo, às vezes dá tempo de encaminhar pra avaliação psicológica. Aí que a gente fica correndo atrás do serviço né... da psicologia. Então, a gente não tem como dar, mas dá tudo pra Saúde Mental. (Entrevista de Pesquisa)

Se para a criança há esperança para o adolescente há a culpabilização e incriminação, portanto descrença, pois se a criança é passível de tratamento, com relação ao adolescente parece-nos que pouco ou nada pode ser feito. Assim, o encaminhamento ao serviço especializado, designadamente para saúde mental, é realizado na expectativa de prevenir que o problema se estenda a uma fase em que nada mais poderá ser feito, ou que o problema terá uma incidência social de maior proporção. Dessa maneira, o que se espera do psicólogo é uma avaliação para a identificação precoce do que gerou determinado comportamento, considerado desviante.

Não, eu acho que a partir do momento que a gente encaminha pra avaliação psicológica e ele é acolhido porque existe uma situação, eu acho que já a partir daí né, já a partir daí eu acho que soluciona metade dos problemas tanto dos familiares quanto do Conselho Tutelar. Porque ele vai ter... aquela criança, ou aquele adolescente vai ter um momento com o profissional que talvez com o que não dê conta de conversar com os pais nem com o Conselho Tutelar. Ali com a convivência, ele vai se abrir, ele vai dando conta. E muitas outras coisas podem surgir a partir dali, daquele acompanhamento. Entendeu? Eu acho que pode ajudar tipo assim se existe alguma coisa lá que agravou. Vamos dá um exemplo, que ele não quis contar porque ele apanhava, porque ele... [tem medo ou não confia no Conselho Tutelar?] entendeu? Porque a relação de proximidade com o profissional, ele vai criando aquele vínculo tão grande com o profissional que eu acho que ele acaba contando e o profissional dá conta de saber o foco, o que gerou aquela questão, entendeu? Eu acho que só isso já ajuda. (Entrevista de Pesquisa)

Para além de identificar o problema *na* criança, o profissional “psi” é convocado a identificar o problema *da* criança, como algo exterior a ela, o que nos pareceu localizar-se na família e no contexto social, ainda que culmine em uma psicopatologia. Nessa perspectiva a criança em tratamento, além de beneficiar-se traz indiretamente uma solução para as questões familiares. No entanto, o que chama mais a atenção nesta fala é a expectativa quase milagreira na capacidade do profissional especializado em contribuir para a melhoria dos comportamentos da criança, nesse caso específico o psicólogo, conforme aponta o entrevistado. *“Eu tenho essa visão de psicologia, sabe? De que ali, você tá num lugar que você é ouvido, entendeu? E é compreendido independente se você tá certo ou se você tá errado. Entendeu?”* (Entrevista de Pesquisa). Nessa perspectiva, mesmo que o CAPSi devolva alguns casos que não são pertinentes para ficarem em tratamento, o fato de realizarem seu acolhimento é fundamental para o Conselho Tutelar, confirmando a hipótese da crença no poder de intervenção do especialista, o entrevistado continua: *“é o lugar que o Conselho Tutelar assim, mais tem apoio. ...todo mundo que vai pra lá passa pelo menos pelo acolhimento. E isso, eu acho, é a coisa mais importante, entendeu? As portas não são fechadas, independente se é demanda ou não de lá.”* (Entrevista de Pesquisa). Ao mesmo tempo depositar a esperança de que a resolução dos problemas que a criança apresenta será dada pelo especialista, corresponde a certa manifestação de impotência do(a) conselheiro(a) em acolher e acompanhar os casos. Mas, o contexto atual em que o Conselho Tutelar se insere na cidade de Santa Luzia, cujas condições de falta de

materiais de trabalho, estrutura física e recursos humanos insuficientes para a realização dos atendimentos, dentre outros, parece não lhes possibilitar o exercício de sua função de aconselhamento e acompanhamento dos casos. Dessa maneira, tal tarefa é transferida ao psicólogo sinalizando para a impotência do Conselho Tutelar até mesmo na ordenação de condutas infantis.

Podemos perceber que o Conselho Tutelar pauta sua ação apenas ou quase exclusivamente no encaminhamento dos casos. O discurso do Conselho Tutelar sinaliza o tempo todo como deve ser uma boa mãe, como se deve educar e criar os filhos, o que é uma família ideal. Assim, parece funcionar como um pequeno tribunal que julga as famílias culpabilizando-as pela produção de comportamentos-problema na criança. É por fazer parte de uma família que se organiza diferentemente da família nuclear e idealizada que a criança não se adequa a determinados parâmetros sociais, considerados ideais. Nessa perspectiva, tudo que é avesso a esse modelo familiar pode tornar-se negligente. Quando isso ocorre o Conselho Tutelar aplica medidas que visam restabelecer uma suposta ordem ameaçada. Assim sendo, propõe que a criança seja remetida ao serviço de saúde mental a fim de, não apenas, identificar o comportamento desregulado, mas, intervir diretamente sobre o seu produtor através de orientação, acolhimento e escuta da criança e seus familiares. Talvez aí possamos compreender os motivos pelos quais os encaminhamentos do Conselho Tutelar estão diretamente ligados a questões familiares convocando para si a missão de suprir algo que falta na família, solicita tratamento psicológico de seus membros.

Se por um lado a criança é considerada vítima da família e também do contexto social, da pobreza dos bairros, do uso de drogas, da violência sexual, dentre outros, por outro lado a criança aparece como algoz na figura daquela que agride, violenta e provoca a desordem, podendo configurar-se como potencial infratora. Nesse sentido, o especialista é convocado a intervir para tratamento quando o que está em jogo é a proteção dos direitos da criança, e no caso do adolescente, conforme vimos anteriormente, no sentido de responsabilizá-lo garantindo a aplicação e eficiência da lei.

É por um discurso de encaminhamento para a ordenação de condutas pelo especialista que o Conselho Tutelar referenda suas práticas de encaminhar crianças para tratamento. Numa lógica que anseia por crianças homogeneizadas e obedientes, são encaminhadas para intervenção especializada na crença de que

uma mudança possa se operar sobre o comportamento infantil. Deste modo, os encaminhamentos do Conselho Tutelar nos apontam que a intervenção desejada é dos profissionais especializados, produzindo uma patologização do comportamento infantil. Ora, num contexto social em que a especialização dos serviços ganha cada vez mais força, parece-nos compreensível que os conselheiros tutelares solicitem intervenções especializadas. No entanto, ao acreditar que o especialista tem mais a oferecer com relação aos casos, o Conselho Tutelar se coloca numa posição de impotência, reduzindo sua prática ao encaminhamento excessivo, o que de certa forma impede a problematização de sua própria prática e a busca por outras maneiras de intervenção “inovadoras” que não seja apenas o encaminhamento.

O discurso da escola: a medicalização da infância

A despeito das questões familiares atravessarem o cotidiano escolar, no que diz respeito à produção do fracasso e indisciplina é a identificação da conduta dos alunos que está em jogo. Muitas vezes, tal identificação se dá por um filtro moral e se sustenta na cientificidade da pedagogia, da psicologia e da medicina. Por esse motivo, a escola pareceu-nos ser o setor que dispõe de mais parâmetros para realização de encaminhamentos das crianças atrasadas, indisciplinadas e anormais, estabelecendo, assim, a associação entre os comportamentos em desacordo com certo padrão de conduta e as patologias. Sobre os problemas enfrentados em seu cotidiano, relatam:

O maior problema é assim a falta de limite. É o maior problema porque atrapalha a aprendizagem. Porque eu tô numa turma de crianças que tão no terceiro ano, não são alfabetizados, a indisciplina é muito grande, eles brigam o tempo todo, não tem limite, não tem assim... Agora eu tô na sala de aula, eu tenho que fazer as tarefas da sala de aula. É o tempo todo, é brigando, é levantando, é gritando...
(Entrevista de Pesquisa)

Acho que o problema maior que eu te falei foi a indisciplina. Cuidando da disciplina o resto, a gente dá conta. Apesar de que a gente lida com a indisciplina também, de um jeito ou de outro. Mas, poderia ter um rendimento melhor se... Isso é a falta de disciplina mesmo. Esses alunos que estão começando agora a ler já podia tá oh! (faz gesto estalando os dedos da mão), que a gente perde muito tempo né.
(Entrevista de Pesquisa)

É... Eu vejo mais assim, pro lado da... indisciplina dos alunos. É uma dificuldade que a gente tem tentado assim, o tempo todo buscar novas estratégias, né, de como lidar com isso. (Entrevista de Pesquisa)

O combate à indisciplina e à produção do fracasso escolar pareceu-nos ser o foco de atenção da escola, principalmente, no caso de crianças que se apresentam refratárias as intervenções possíveis. A indisciplina aparece como fator principal pelo não-rendimento dos alunos em sala de aula, sendo por este motivo foco de preocupação da escola. Uma criança indisciplinada, agitada e sem limites dificilmente conseguirá aprender. Assim, é a partir da identificação de comportamentos-problema, sempre que algo não vai bem com a criança, que familiares ou outros profissionais da escola são acionados. Sobre o caso de um aluno com baixo rendimento escolar o entrevistado relata:

É, vou conversar primeiro com a supervisora, né. Porque a gente conversa primeiro com a supervisora. Fala como que ele tá. A gente tem um caderno, que a gente relata tudo que tá acontecendo na sala sobre o comportamento de cada aluno. Então, assim pelas coisas que eu já anotei no caderno no decorrer do ano, eu acho que ele tá precisando de ajuda. Precisando de alguém pra sentar e conversar, e ele falar o que tá acontecendo, né. (Entrevista de Pesquisa)

É clara a posição de identificação dos alunos-problema, aqueles que seguirão naturalmente para um atendimento especializado. É a observação e identificação dos comportamentos dissonantes à certo ideal de infância na fase escolar, que selecionam os casos para intervenção especializada. A manifestação de um problema na infância se dá através do comportamento inadequado, na dificuldade para se concentrar e no atraso escolar requerendo assim a intervenção de um especialista, conforme relata um dos entrevistados:

Eu tenho um, que ele não concentra de jeito nenhum. Então eu queria é um aval de um neuro [neurologista] pra esse menino aí. Porque ele não tem laudo pra saber se ele tem outra coisa. Porque ele não concentra de jeito nenhum. Tem que encaminhar pra saber... Porque também não tem como avaliar. Mas eu preciso de um outro aval pra chegar a conclusão do porquê que ele não concentra em nada. (Entrevista de Pesquisa)

Nesse sentido, há algo de errado na criança que deve ser observado a fim de que um parecer seja elaborado sobre determinado tipo de conduta. A relação que se

estabelece entre certos comportamentos e um possível distúrbio neurológico pode ser percebida quando o entrevistado sinaliza para a necessidade da intervenção de um neurologista. A intervenção de um profissional médico sobre a criança revela que para a educação os problemas infantis, ainda que manifestos numa ordem comportamental, são produzidos numa instância mental. Por essa razão, só poderiam ser desvendados por um profissional socialmente autorizado a dizer sobre isso. Cabe ressaltar que durante a entrevista não foi citado nenhum outro fator possível que pudesse interferir na atenção, aprendizagem e interesse dos alunos pelas aulas. Logo, a produção da desatenção e falta de concentração só poderia advir de um distúrbio orgânico. A solução dos problemas enfrentados pela escola no sentido do encaminhamento para profissionais especializados parece sofrer influências da neurociência, que tem evoluído nos últimos tempos. Ademais, parece haver certo avanço no que diz respeito à Psicologia da Educação, que já vem tecendo críticas com relação à psicologização dos problemas escolares (Patto, 1997; Campos, 2010).

Ainda, numa perspectiva de que os comportamentos-problema apresentados pela criança têm uma íntima relação com alguma disfunção mental, outro entrevistado, na tentativa de demarcar a diferença entre seus atuais alunos e os alunos com os quais conviveu no ano anterior, relata que há algo de errado com a criança sempre que se comporta de maneira diferente da fase em que se encontra ou do que dela se espera, sinalizando também, para a incidência de algo mental na transformação da conduta, interesse e capacidade intelectual da criança.

Ah, eu acho que na fase que eles estão agora, eu percebo muito, é, a fase do sexo, sabe? Eles falam muita coisa sobre sexo, sabe? Então eu acho assim, tem muita coisa na mente deles que tiram, né, do, do sentido da aprendizagem... (Entrevista de Pesquisa)

Mesmo que na tentativa de estabelecer uma diferença entre os alunos maiores e menores, sendo os segundos representantes de uma infância ideal, enquanto uma fase em que o interesse ainda não foi desperto para as questões sexuais, o que está em jogo aqui é a incidência de algo sobre a atenção e curiosidade da criança desviando-a da capacidade para aprender. Logo, encaminhá-la para avaliação é um ato legítimo, pois o que incide sobre a mente das crianças as torna incapazes para a aprendizagem ao desviar seus interesses para questões distintas do que dela se

esperava, conforme relatou um dos entrevistados: “a gente precisa mesmo de tá fazendo esse encaminhamento, pra fazer uma avaliação né” (Entrevista de Pesquisa). Uma vez acontecido e os possíveis problemas detectados a família é convocada para receberem de certa forma um “diagnóstico” prévio da situação da criança. Pensamos isso, pois um entrevistado ao relatar sobre o encaminhamento da criança para um serviço especializado, além de sinalizar certa função “detectora de comportamentos-problema” assumida pela escola, aponta que o outro especialista é convocado para que se faça uma avaliação e referende o diagnóstico prévio feito pela escola e informado aos pais, uma vez que o saber que circula na escola se coloca aí como uma especialidade também.

É, nós conversamos primeiro com a família, falando o quê que nós estamos percebendo em relação ao aluno. Quais os comportamentos, o quê que a gente esperava que ele, é, desenvolvesse mais e não está desenvolvendo e falo com ela o quê que a gente tem observado e que nós gostaríamos que algum outro especialista fizesse uma avaliação. (Entrevista de Pesquisa)

Nota-se, também, que a perspectiva desenvolvimentista de criança referenda os encaminhamentos, pois um dos motivos para que seja encaminhada é não atender às expectativas do desempenho que se espera dela, para certa categoria de idades. Apesar de não ser dito, aqui sobre a idade, a própria organização escolar das classes de acordo com a faixa etária nos leva a tal reflexão. Ainda, se é na ordem comportamental que o psíquico se apresenta, a sua incidência se dá no intelecto permitindo ou não que a criança aprenda, sendo necessária, assim, a intervenção de um especialista, como o referido neurologista, para que possam descobrir o que há com a criança.

Também, a demanda para o psicólogo aparece. Entretanto, o que se espera dele é a avaliação para detecção de um possível problema, a orientação dos familiares e dos profissionais da educação sobre como lidar com a criança ou o seu encaminhamento para o médico, caso seja necessário o uso de medicamento.

Que faça uma avaliação, né. Escuta lá desde o nascimento da criança, né, como que foi, é, é, se, esse crescer em torno da criança? Como que essa mãe tá, tá, é, tá atuando, né, com essa criança e ver o quê que é. Qual o diagnóstico dele, o quê que ele tem? (Entrevista de Pesquisa)

A avaliação viria a serviço de desvendar o enigma infantil no sentido da descoberta

de uma patologia. É isso o que esperam do serviço especializado, o estabelecimento de um diagnóstico ou nomeação de um determinado distúrbio. Ainda, a avaliação e nomeação do que acontece com a criança parece funcionar para a escola como um sinalizador das possibilidades e impossibilidades de uma criança diante de sua doença, conforme relata um entrevistado:

Me dar um retorno da onde que tá a dificuldade do menino. Peraí a dificuldade dele é mais nesse campo aqui, ele tá talvez com uma dislexia, ele precisa de um remédio. Aqui, ele tá com um outro tipo de doença aqui, né. Então ele vai me dar um aval. Se ele tomar isso aqui a concentração dele melhora, às vezes um remédio também resolve. Então agora: ah bom! aí eu vou fazer outro teste com ele pra ver. Não, agora ele tá concentrando mais, ele tá conseguindo pegar né.
(Entrevista de Pesquisa)

Uma pergunta que deveria ter sido feita é sobre a frequência com que os profissionais da escola solicitam diagnósticos quando realizam encaminhamentos para a saúde mental (CAPSi). Apesar disso, parece que para a escola a avaliação do especialista em saúde mental ou outro profissional especializado torna-se fundamental. Ela indica o que se passa com a criança e, geralmente, sinaliza para uma doença ou um distúrbio. Uma vez descoberta a doença, justifica-se a intervenção medicamentosa que, para além de auxiliar a criança em seu desempenho, irá contribuir com a escola em sua tarefa de conduzir o aluno e seus comportamentos, principalmente, no estabelecimento de metas e possibilidades a serem colocadas para ele. *“Bem, eu acho que quando a gente sabe realmente o quê que a pessoa tem, como que ela é, e como que é o comportamento dela mesmo é mais fácil”* (Entrevista de Pesquisa).

É na expectativa de revelar o que se passa com a criança que o especialista é convocado. Ao relatar um caso o entrevistado sinaliza que a detecção de uma desordem ou de uma doença, que poderia levar a criança a ter determinados comportamentos, seria o motivo fundamental para encaminhá-la.

Eu tenho aluno assim, é o segundo ano que eu dou aula pra ele também, que ele faz acompanhamento com a psicóloga, toma remédio. Mas foi, né, conversei com a direção, a mãe levou. Ele já fez um laudo que ele é hiperativo, me dá muito trabalho. No primeiro ano não foi eu que fiquei com ele. Aí o segundo foi, mas ele já fazia... Aí assim, à medida que ele foi ficando mais agressivo, né, nas atitudes dele aí a mãe já começou, que ela fala com a gente que levou no psicólogo. Já aumentou a dosagem de remédio. Só que aí é assim, aí como o remédio é forte ele dorme e a gente não pode deixar dormir,

né. No momento que ele não tá dormindo ele tá andando debaixo das cadeiras, brigando, fazendo alguma coisa pra chamar a atenção. E aí a escola dá um encaminhamento pra ir na psicóloga, né, quando é um aluno... Quando é um aluno que tá sempre tendo um atrito com eles. Que tá sempre causando algum tumulto, mesmo chamando os pais e tudo, aí a direção da escola chama a mãe, conversa com a mãe e dá um encaminhamento pra ir no psicólogo. Aí já faz um encaminhamento pro psicólogo. (Entrevista de Pesquisa)

A identificação do aluno que tumultua e é refratário às normas e regras escolares, tornando-se, dessa maneira, um incômodo para a escola e uma barreira para a sua própria aprendizagem indica a necessidade da intervenção do psicólogo. Tal pedido de intervenção é feito na expectativa de que seja emitido um laudo ou parecer sobre a criança, identificando sua doença e referendando a necessidade de ser medicada. Também, a identificação de uma doença justifica por si determinadas condutas e atos da criança. Nesse caso, o aluno só dá trabalho por ser hiperativo. Há aí uma ligação entre a doença e os atos protagonizados pela criança. Capaz de modificar comportamentos e melhorar desempenhos, a medicação torna-se a via preferencial de intervenção devido sua eficácia, visto que há uma redução da agitação da criança podendo provocar até mesmo sonolência ou letargia. Notamos que com relação ao sono, este não é problematizado, pois, quando desperta, os comportamentos agitados da criança geram sempre desordem e requerem novamente providências da escola: convocar os pais e conduzi-los ao serviço especializado em saúde mental. Ainda, com relação à eficácia da medicação, o entrevistado continua:

Então, e houve uma melhora, através desse remédio. Porque o remédio acalma, que às vezes é muito nervoso. Então, o remédio faz ele parar pra pensar, né. Porque é muito importante que a criança tenha concentração pra ela aprender. Não tem como você aprender sem concentrar né. A aprendizagem não vai fluir. (Entrevista de Pesquisa)

A probabilidade de melhora no comportamento infantil e no desempenho escolar é associada ao uso de alguma medicação. Esta seria responsável por restabelecer na criança sua concentração e capacidade para aprender, uma vez que é concebida como apropriada para acalmá-la. Apenas uma criança calma e concentrada seria capaz de aprender. Aquelas que destoam dessa premissa devem ser encaminhadas para avaliação, e, de posse de um parecer médico devem ser medicadas para que sejam capazes de aprender, desenvolver habilidades e cumprir as metas estabelecidas pela educação. É em nome da boa conduta infantil e do bom

desempenho escolar que a medicação é justificada. Ainda, com relação ao laudo e a medicação, outro entrevistado relata:

Porque eu vejo assim, tem alguns alunos né, que apresentam mesmo algum... algum laudo médico e que precisam de ser medicados. E, quando não estão medicados apresentam um comportamento é... bastante conflituoso na escola. (Entrevista de Pesquisa)

A questão comportamental, o tumulto e a desordem são percebidos como nocivos ao bom funcionamento escolar e à aprendizagem da criança, justificando o encaminhamento ao serviço especializado em saúde mental e, principalmente, a intervenção medicamentosa. Uma vez que o remédio é capaz de conter a desordem através da operacionalização de uma mudança no comportamento infantil e, ao mesmo tempo, contribuir para que ele se desenvolva academicamente. Nesse sentido, outro entrevistado relata que após o uso da medicação, mudanças se efetivam sobre o comportamento do aluno.

Mudança, nó, demais. Porque por exemplo, porque geralmente os meninos são, são né, que tem um atendimento freqüente, eles tem medicamento, né. Eles têm medicamento que eles tomam. Então assim, quando a gente vê que o menino tá muito agitado, tá brigando na sala de aula, que ele não tá, que ele não tá agindo como ele age no dia a dia, aí a gente já avisa esse menino não tá tomando medicação não. O quê que tá acontecendo? (Entrevista de Pesquisa)

Para além, depositam na intervenção medicamentosa a crença de que os casos acompanhados e que contam com tal recurso dão um retorno significativo para escola. Retorno no sentido de cumprir as normas e regras estabelecidas comportando-se da maneira esperada. A escola parece-nos sinalizar que o apoio da equipe de saúde mental, enquanto um serviço especializado, vai para além do acompanhamento psicoterápico dos casos e deve se dar prioritariamente na identificação e diagnóstico de uma psicopatologia, emissão de um laudo e medicalização das crianças. Nas palavras de outros entrevistados:

Então, é... esse acompanhamento com a Saúde Mental é muito importante tanto a questão de saber que medicação ele tá... sendo usada com essa criança, igual o tipo de deficiência que ela tá tendo que tá causando transtorno. (Entrevista de Pesquisa)

Esse laudo vem da Saúde Mental né. Elas passam por psiquiatra, por psicólogo, eles dá pra gente a, o tipo de dificuldade ou até mesmo de doença ali que ela tenha e vem com uma medicação também. Então

essa criança geralmente ela vem medicada pra gente. Agora às vezes no dia que ela não toma essa medicação às vezes porque a mãe descuidou de horário, e tanto que ela fica mais agitada.
(Entrevista de Pesquisa)

A análise do discurso da escola que sustenta o encaminhamento de crianças para a saúde mental nos faz pensar que o ideal “idade-desempenho-comportamento”, é o que referencia a prática de encaminhar. Todos aqueles que representam uma mancha nesse ideal constituem-se como foco de atenção da educação. Diagnosticando as condutas desajustadas a escola solicita intervenção especializada sobre os comportamentos considerados ilegítimos, e que por essa razão devem ser medicados. Pareceu-nos tratar assim, de uma educação de caráter preventivo-terapêutico. Voltada para as questões mentais e psíquicas da criança, solicita a detecção de doenças na tentativa de responder aos anseios sociais de disciplina, docilidade e competência. Assim, buscam normalizar o anormal, restaurando-o e corrigindo-o através do medicamento. Além da produção de demandas para tratamento, a educação sinaliza para um caminho moderno referendado pela neurociência: a medicalização dos comportamentos e do cotidiano escolar. Se a escola produz a demanda num processo de triagem dos comportamentos, condutas e desempenho aceitos para cada faixa etária, ela, também, aponta para a suposta solução: medicar as crianças. Por não suportar os desarranjos, a medicalização tornou-se fundamental para a escola moderna constituindo-se como um antídoto para a desordem e para o fracasso escolar. A pedagogia, enquanto uma das especialidades sobre a infância convoca o saber médico para referendar suas suspeitas sobre as origens de determinados distúrbios infantis. É nessa perspectiva, que é solicitado que uma avaliação se proceda. Parece-nos que a escola, em sua arte de governo sobre a infância, faz do medicamento sua principal estratégia para silenciamento dos problemas encontrados.

O discurso do PSF: a normatização médico-científica dos comportamentos

Percebemos que o discurso da ciência, principalmente o discurso médico,

pareceu-nos importante para referendar os encaminhamentos escolares solicitando a medicalização dos comportamentos infantis por acreditarem que a explicação para os comportamentos-problema das crianças, a dificuldade de aprendizagem e relacionamento com os colegas e profissionais da educação, dentre outros, é da ordem de um desarranjo biológico. Para o PSF, a identificação dos problemas enfrentados pela criança, também se encontra ancorada sobre possíveis desarranjos biológicos. No entanto, parecem inicialmente não se aterem às questões mentais ou psíquicas. Conforme relata um dos entrevistados, recebem demandas variadas com relação às crianças, sendo mais incidentes as doenças físicas.

De uma abordagem geral com relação à demanda das crianças no Posto de saúde: as crianças chegam com tudo. Geralmente, por condições de infecções respiratórias simples, às vezes alterações de crescimento e desenvolvimento, questões de peso. (Entrevista de Pesquisa)

Nota-se que, com relação à criança as questões relacionadas ao seu desenvolvimento físico parecem ter uma incidência maior no PSF, constituindo-se num desafio a ser enfrentado. Ora, mas sendo o PSF um dos locais legítimos de intervenções médicas, por que teriam dificuldades para lidar com as questões de ordem física, com as doenças do corpo, quando relacionados à criança? Podemos pressupor que tais dificuldades se devem ao fato de receberem “tudo” com relação aos pequenos e não disporem de especialidades médicas suficientes na rede. Quando necessitam realizar encaminhamentos para especialidades infantis, encontram dificuldades conforme relata um entrevistado: “fonoaudióloga, é, oftalmo [oftalmologista]. *Eu acho que devia ter bastante pediatria, é, ortopedia e pediatria né. É o que mais assim... [precisa!?] Fonoaudiólogo infantil tem até que pesquisar, mas acho que infantil não tem na rede. Se tiver aparece uma vaga pra nós*” (Entrevista de Pesquisa).

Com relação às demandas da ordem de um possível problema a ser encaminhado para a saúde mental infantil, parecem se inscrever em torno da temática do desenvolvimento da criança seja na escola numa lógica comportamental ou no contexto da saúde numa perspectiva do adoecimento. Com relação a isso outro entrevistado relata:

A demanda aqui é muito... às vezes são casos que a gente até discute com a equipe matricial, porque acontece muito de demanda

de escola. Transtornos mais identificados como transtornos de conduta. (Entrevista de Pesquisa)

Apesar da discussão sobre as demandas excessivas da educação com relação à conduta dos alunos que não se adequam ao contexto escolar, também identificam casos em que a intervenção do CAPSi faz-se necessária quando se trata de uma doença.

Existem também né, as crianças que são realmente hiperativas. Dessas que existe a patologia, aí realmente o CAPSi assume a responsabilidade. Aí, são encaminhadas para o CAPSi. (Entrevista de Pesquisa)

Notamos que a existência de possíveis casos a serem encaminhados para saúde mental, se deve à educação que busca na ciência, conforme vimos anteriormente, referendar determinados comportamentos-problema em crianças pela via de uma doença. Ou, é identificado pela própria medicina como algo de ordem somática que exerceria uma considerável influência sobre o comportamento e o desempenho da criança. Nesse caso, uma hiperatividade. Uma vez encontrados sintomas que possam estabelecer tal diagnóstico, as crianças são encaminhadas para o CAPSi.

Há, também, nos encaminhamentos do PSF um ideal de infância pautado pela lógica de seu desenvolvimento que pareceu-nos ditar regras para a identificação e seleção das crianças que necessitam intervenção da saúde mental. Sobre isso, um dos entrevistados revela:

Eu utilizo como critério pra encaminhamento, quando você percebe pelas informações que chegam pra você que a criança não está tendo um desenvolvimento adequado. Se você traçar um parâmetro de criança de uma mesma idade, e você perceber que a criança não está tendo o mesmo comportamento.... às vezes um caso de um certo retardo: uma criança não desempenha as mesmas funções de uma criança da mesma idade. Aí eu costumo encaminhar também. (Entrevista de Pesquisa)

Trata-se, portanto, de partir de uma concepção universal e idealizada de criança como medida que estabelece legitimamente a necessidade de que algumas sejam encaminhadas a determinados serviços especializados. É pela comparação entre um suposto comportamento padrão apresentando pelas crianças que se produz o transtorno ou a doença infantil, justificando assim uma intervenção especializada. Observamos ainda, que a incidência de tal distúrbio se dá no campo do

desenvolvimento infantil culminando numa criança retardada, atrasada quando comparada com outras da mesma idade, conforme sinaliza outro entrevistado:

Ah, eu acho que aquelas crianças que tem umas reação diferente de criança normal. Igual uma mãe já comentou comigo. Comentou não: uma criança, um dia nós fomos numa casa, aí ela tava pegando, pegou um gilete. Gilete. E, começou a querer passar nos braços. Aí nós tomamos e perguntamos: “por que você tá fazendo isso?” “Ah! eu quero ver sangrar. Quero ver, quero ver sangrar” [a criança responde]. Falando assim com nós. Aí, a gente chegou, chamou a mãe, mostrou pra ela o que tava acontecendo. Aí ela falou: “ah! mas essa criança é muito agitada mesmo”. “Aí fica assim, a gente tem que ficar de olho porque qualquer coisa ele quer, fala que quer morrer”. Mas, só que a gente viu, a gente chegou a ver ela com o gilete na mão falando que queria ver... [sangrar] entendeu? Então, pra mim eu falei assim: “isso aqui não é normal não, pra mim não é normal, não. “Não é normal de uma criança fazer isso”. (Entrevista de Pesquisa)

É pela via da comparação entre comportamentos infantis considerados normais e os comportamentos que de certa forma são inadmissíveis para crianças que o PSF identifica aquelas a serem encaminhadas a um serviço especializado. A idéia de que os comportamentos diferentes, do que se espera de uma criança, são anormais é referendada por uma concepção romancada de criança, como um ser que brinca, é feliz e se desenvolve plenamente. Essa criança idealizada, “normal” seria o parâmetro para se estabelecer a anormalidade no outro, como podemos perceber no que diz o entrevistado abaixo, que ao tentar estabelecer diferenças entre uma criança que não necessita de encaminhamento para a saúde mental e outra que supostamente precisa, confirma uma visão romântica e universal de criança:

Ah, a criança que brinca normal, que não é tão agitada igual você vê certas crianças, que sabe brincar, conversar, responde a coisa normal. Que sabe conversar normal entendeu? Você vê muitas por aí, que sabe brincar, na hora que você pergunta as coisas ela te responde, eu acho mais ou menos por aí. (Entrevista e Pesquisa)

Ainda, sobre as possíveis produções de uma anormalidade, percebemos como a família, desempenha um papel considerável. Ora, uma mãe que não cuida, uma família que não dispõe para a criança recursos materiais e afetivos adequados, não impõe para ela limites e não estabelece uma rotina só pode produzir uma criança agitada e com comportamentos inadequados e hábitos indesejados. Sobre isso os entrevistados dizem:

Em casa não tem uma brincadeira, igual essas crianças, tem umas que não tem um jogo, pra jogar dentro de casa, né. Não tem a mãe pra tá perto, fazer um para-casa. Ali só vai aprendendo coisa que não deve mesmo. Eu acho que deveria ter um local que abrisse que acolhesse essas crianças. Eu acho que muita coisa ia mudar. Um esporte entendeu? Acho que ia ajudar muito, mas muito mesmo. (Entrevista de Pesquisa)

Não sei se eu to certa com a pergunta que você tá me fazendo. Mas, muita família com problema de droga dentro de casa, você tem certas crianças que são muito agitada. Você percebe muito isso, pai alcoólatra, a mãe... [alcoólatra] Hoje em dia a gente tá vendo muito isso, pai e mãe alcoólatra. Aí, você vê que as crianças são muito agitada, entendeu? Eu acho que falta também eles ter hora das coisa, tanto pra vestir, como pra alimentação mesmo. Igual um caso que a gente tá acompanhando de uma criança, o pessoal lá pra cima, nem é nosso, mas pediu ajuda pra gente e a gente foi lá. Então, era o pai alcoólatra e a mãe também, então as crianças ficavam praticamente jogada. Aí, teve praticamente uma vez que a mãe saiu, deixou as crianças sozinha, aí depois elas ficaram revoltadas e teve uma que até chegou a fugir, depois que custou a achar ela. Aí nós fomos perguntar o porquê daquilo, ela falou que tava cansada, que queria ter uma vida boa, queria vestir bem e o pai e a mãe só ficava bebendo. Então, a gente vê muito isso. E, droga dentro da família mesmo. Você vê muito assim. (Entrevista de Pesquisa)

Brigas também. Depara com brigas. Tem situação que você vê os pais que brigam demais. Eu acho que afeta muito mais, porque eu já passei por situação assim dentro da minha família, então eu acho que isso afeta muito, atrapalha mesmo. (Entrevista de Pesquisa)

A questão familiar e o contexto social em que a criança encontra-se inserida, assim como apontado pelo Conselho Tutelar, aparecem também como produtores dos comportamentos-problema em crianças. A família distante do modelo ideal, ou seja, aquela que não cuida, provê e dá bons exemplos à sua prole torna-se grande produtora dos desajustes emocionais em crianças. Ainda, as crianças consideradas passivas frente aos adultos não são capazes de verbalizar sobre aquilo que lhes acontece. Amedrontadas pelas possíveis reações de um adulto não revelam a situação de constante ameaça que vivem em suas famílias. Um entrevistado, quando perguntado se a criança relata sobre o que lhe acontece, diz:

Não, muito difícil. Eu acho que a criança, sei lá, parece que elas ficam guardando aquilo pra elas mesmo. Eu acho que é o medo. A maior coisa que tem é o medo. É ser repreendido, é... e dá muita dó. Você vê muitos casos. É triste. Por isso que eu acho muita coisa tá faltando por causa dessas crianças, um olhar mais por elas. (Entrevista de Pesquisa)

Notamos que o discurso do cuidado, também se encontra presente. Ora uma sociedade ou um contexto que oprime, maltrata e violenta as crianças e que só

produz o medo deve repensar sua relação com a infância, voltando seu olhar e cuidado para ela.

Apesar de percebermos que as influências familiares e do contexto social sobre as crianças também tem significativa importância na produção dos problemas infantis para o PSF, parece-nos que é a partir das categorias de normalidade e anormalidade expressas no comportamento e desenvolvimento infantil que o PSF decide, via discurso médico-científico, sobre as condutas que devem sofrer medidas de correção. Há, além disso, um nível de generalização sobre o que a criança apresenta, que apesar de considerar as particularidades da conjuntura em que se encontra inserida, e, que tais particularidades podem incidir sobre a criança no sentido de produzir nela determinadas psicopatologias, o discurso do PSF coloca a infância dentro de uma ordem natural das coisas produzindo uma aderência dos comportamentos-problema da criança e seus responsáveis à categoria de doença.

3.3 A interação dos dispositivos em rede

Através dos discursos da Escola, do Conselho Tutelar e do PSF percebemos que é inevitável pensar que o sentido dado àquilo que a criança apresenta vem do outro que dele cuida, pois sua palavra tem pouco valor para significar seus atos e condutas. É sob um ideal de que os comportamentos que geraram os encaminhamentos desviam de certa ordem que os pedidos para tratamento encaixam-se numa disciplinarização e correção das crianças. Sendo assim, aquelas que escapam da ordenação pretendida são encaminhadas para a clínica da saúde mental infanto-juvenil.

A saúde mental, para além das instituições encaminhadoras citadas nessa pesquisa recebe pedidos de uma série de outros dispositivos que também exercem a função de cuidar e zelar pela conduta e desenvolvimento saudável das crianças. Nesse sentido, a criança aparece como um objeto nas mãos do outro, aquele que sabe sobre ela. Ou seja, instituições legitimadas para dizer quando algo não vai bem com a criança e o que seria ideal para ela. Assim, receber uma profusão de demandas coloca a saúde mental no lugar de equacionar e estabelecer quais seriam legítimas para tratamento. Se o fracasso escolar, a agressividade, a queda da

família ideal, a delinquência, o transtorno do desenvolvimento, dentre outros se constituem como motivadores para o encaminhamento de crianças, a saúde mental deve adotar uma postura de alerta para que não seja cúmplice da demanda de ordenação e disciplinarização do social.

Nessa perspectiva, a relação estabelecida pela rede de atenção à infância é de suma importância para pensarmos a dimensão política da clínica em saúde mental infanto-juvenil, no que diz respeito à identificação de possíveis pedidos de disciplinamento de crianças feitos pelas instituições sociais que dela se encarregam. Definir o perfil da clientela a ser atendida em um CAPSi, mais que uma tarefa selecionadora de sintomas e doenças deve apontar para a busca de novas estratégias para lidar com as crianças que de alguma maneira sofrem. Ainda que seu sofrimento não seja da ordem de uma psicopatologia. Especificamente, na cidade pesquisada, tal tarefa pode constituir-se como árdua visto que a rede tem no CAPSi, enquanto um serviço especializado, a sua principal estratégia para desvendar os problemas apresentados pelas crianças, conforme relata um entrevistado da escola: *“tem que encaminhar pra saber”* [encaminhar para o CAPSi] (Entrevista de Pesquisa). Ainda sobre os encaminhamentos para o CAPSi, um entrevistado do Conselho Tutelar, revela que devido ao fato de não contarem com outros recursos na rede acabam por encaminhar os casos para intervenção da saúde mental:

Porque não tem em Santa Luzia, entendeu? Um outro recurso a não ser a Saúde Mental. E o Conselho Tutelar eu tenho certeza que sobrecarrega a Saúde Mental, o CAPSi. Ah! eu acho. Eu acho que a gente encaminha demais sabe (risos). Porque não tem. Cê tá me entendendo? Porque não tem um outro lugar. Então, a gente tá mandando, tá mandando, tá mandando e tá mandando. (Entrevista de Pesquisa)

A dificuldade para encontrar saídas perante os casos faz com que a rede remeta ao CAPSi um número excessivo de pedidos para avaliação, como se pode observar, também, no que diz um entrevistado da escola:

Eu vou citar então um... um exemplo: um aluno que nós encaminhos. E a gente aqui não tem pra onde encaminhar. Então a gente precisa de um apoio, é, pra tá fazendo uma avaliação do aluno, o quê que tá acontecendo com o aluno, né. Se é... a gente vê que é um problema familiar. Mas como, quem vai tá ajudando essa família a tá resolvendo esse problema? Então, a gente tem um caso de um menino que na sala de aula é... se fosse falar assim, ele é hiperativo.

Mas, eu não posso dar esse diagnóstico que ele é hiperativo. Então, o menino que ele levanta o tempo todo da carteira, ele levanta, ele mexe com os colegas, ele, ele, é... corta às vezes o material dele.
(Entrevista de Pesquisa)

Ainda que em alguns casos criem pressupostos de que o problema é de outra ordem ao admitirem tratar-se de um caso familiar, a incidência de um problema médico-psicológico e que o meio exerce sobre a infância faz com que seja solicitado do CAPSi uma avaliação ou um diagnóstico que confirme as suspeitas de uma doença, de uma patologia que possa justificar determinados comportamentos da criança. Entretanto, cabe salientar que o encaminhamento para a saúde mental se deve por não contarem com outros dispositivos na rede que possa acolher a criança e oferecer uma intervenção especializada.

No caso da escola, a despeito de contar, minimamente, com a contribuição da psicologia da educação, opta pelo encaminhamento à saúde mental, visto que há apenas 1(hum) psicólogo para atender toda rede municipal de educação da cidade tornando inviável qualquer proposta de trabalho e intervenção por parte desse profissional. Por não ter como acompanhar os casos, o psicólogo da educação apenas referenda os encaminhamentos ao CAPSi, conforme relata um dos entrevistados da escola: *“Tem o atendimento da psicóloga e fonoaudiólogo da rede municipal. Mas aí, ela não faz esse atendimento. Ela faz uma é... mesma coisa que a gente faria: encaminhamento”* (Entrevista de Pesquisa). Nesse contexto, o serviço especializado em saúde mental, torna-se o local eleito pela educação para que o diagnóstico e tratamento da criança se efetivem.

Apesar dos outros dispositivos pesquisados recorrerem com certa frequência ao CAPSi, pareceu-nos que a educação é a grande encaminhadora de crianças para tratamento na saúde mental, seja por via direta ou indireta. Além de acionarem o serviço especializado em saúde mental, recorrem à ajuda do Conselho Tutelar e do PSF nos casos em que o grau de agressividade e descontrole já não pode ser resolvido na própria escola. De acordo com outro entrevistado do Conselho Tutelar, vários são os pedidos da educação para intervenções no que se refere à indisciplina, agressividade e distúrbio de conduta em crianças. Interrogados como se posicionam perante tais pedidos de intervenção, se sempre vão até a escola para atenderem seus pedidos, o entrevistado diz: *“Não. Seria freqüente se o Conselho Tutelar fosse, entendeu? Porque se a gente... tudo que a escola chamar a gente correr lá fica*

dependente” (Entrevista de Pesquisa). Nesse contexto, parece-nos que a educação, quando esgotadas suas possibilidades para resolução de problemas e conflitos com os alunos, recorre ao Conselho Tutelar. Também, utiliza-se dele ou do PSF para realizar seus encaminhamentos para a Saúde Mental, geralmente encaminhando a estes dispositivos sugerindo que a criança manifesta algo da ordem de um distúrbio mental ou psicopatologia. Sobre isso um entrevistado do PSF diz receber:

Um diagnóstico equivocado, em excesso, em demasia, de hiperatividade. Então assim vêm essas crianças que tem comportamento inadequado em sala de aula. Que não necessariamente é um déficit de atenção. Acho que a escola ela... tem uma demanda maior. Fica difícil de dar o suporte adequado, a gente tenta discutir caso a caso e ver o que dá pra gente conseguir pegar e conduzir. (Entrevista de Pesquisa)

A psicopatologização do cotidiano escolar, feita pela educação, parece provocar a produção em massa de encaminhamentos que sinalizam para uma doença, deixando a rede com a sensação de impotência para atender aos seus pedidos. Ainda, sobre a investigação e detecção de um possível problema realizada pela educação, o entrevistado continua:

Não acho interessante a escola, a diretora fazer um diagnóstico e encaminhar pra gente. Porque geralmente é a diretora, a professora... e a gente sabe que às vezes, não sei uma alteração ali de... da criança ser um pouco mais agitada, ou um pouco inquieta... enfim, encaminha. E a gente recebe muitos encaminhamentos às vezes. E a gente, talvez a gente não supra essa necessidade que eles têm às vezes. Parece que eles ficam um pouco frustrados. Porque a gente discute e o paciente não é acolhido no CAPSi. Talvez não é o que eles esperavam, assim. (Entrevista de Pesquisa)

Contudo, sobre o fato da educação encaminhar um número considerável de casos, tanto para o PSF quanto para o Conselho Tutelar, um entrevistado do Conselho Tutelar reconhece que a educação não conta com outras formas de apoio, e por consequência o próprio Conselho não pode esperar muito da escola.

Como que não tem alternativa. É a maioria das escolas não tem equipe multidisciplinar. Você não tá contando com aquilo lá! Eles encaminham pro Conselho Tutelar como a criança com desvio de conduta. Desvio de conduta... Costuma vim, com desvio de conduta, aprendizado, dificuldade de aprendizado, e ele, ele coisa o relatório, coloca tudo que a criança faz e passa dentro da sala. Agressivo, não respeita normas, não faz os deveres, e todo tipo de né, agressão mesmo, violenta. E suspeita de uso de droga, e por aí vai aquela

coisa. Vem naquele relatório tudo... aí você percebe que naquele momento ali, acordou pro Conselho Tutelar. Com 14 (quatorze), 15 (quinze) anos, por que que não acordou quando tinha 7 (sete)? (Entrevista de Pesquisa)

Frente às demandas, diante das quais se vê impotente no sentido de acreditar que não há muito a ser feito, principalmente quando se trata de casos de adolescentes, o Conselho Tutelar os encaminha para o acolhimento do CAPSi na esperança de que este possa encontrar um lugar para a demanda que lhe foi endereçada. Nessa perspectiva, a lógica de apenas encaminhar os casos se sustenta, visto não haver uma problematização sobre o que é possível fazer com eles. Dessa forma, os casos são remetidos ao acolhimento do CAPSi na expectativa de que lá algo possa ser feito, conforme aponta um dos entrevistados do Conselho Tutelar. *“... Eu mando no acolhimento na esperança que lá eles vão... distribuir lá dentro. Encontrar alguém que vai cuidar daquela criança”* (Entrevista de Pesquisa). Ainda que o CAPSi apresente certa disposição para acolher os casos, conforme relatado anteriormente, como lidar com tantos pedidos e encaminhamentos endereçados ao seu acolhimento se tal estratégia parece configurar-se como principal saída encontrada por uma rede incipiente e que anseia por intervenção especializada sobre os comportamentos-problemas das crianças? Mesmo considerando que o CAPSi, amparado pela legislação em saúde mental, está voltado para o atendimentos de casos graves e em crise e, que muitos dos casos que a ele são remetidos não serão inseridos para tratamento por que a rede parece não problematizar isso e continua apenas a realizar seus encaminhamentos? O que essa rede tem pensado sobre os casos que abrem uma lacuna entre a saúde mental e os demais serviços? Pareceu-nos que ainda, nada tem sido pensado, pois diante de uma resposta negativa do CAPSi em inserir determinadas crianças para tratamento, um entrevistado do Conselho Tutelar relata não saber como agir.

Aí eles devolvem porque não é perfil. E aonde que é o perfil? Se manda pro CREAS, não é perfil do CREAS, porque o CREAS ele é meio pancada, menino abusado sexualmente. E aquele? [que não é caso para o CREAS, para o CAPSi, para outros dispositivos existentes na rede] Aí então, ele não é tratado. Tratado, nem sempre com remédio né? Tratado psicologicamente. (Entrevista de Pesquisa)

Existe nesse sentido, uma falta de lugar para alguns casos em que não se consegue encaminhar para nenhum dispositivo da rede de atenção à infância do município.

Principalmente aqueles em que se acredita necessária a intervenção especializada do psicólogo, por exemplo. Isso nos aponta que a especialização dos serviços e o recorte dado como critério para atendimento promovem a exclusão de muitos casos, sejam eles para saúde mental ou não. Assim, há uma enorme parcela de crianças que se encontra num vazio assistencial, pois a cidade parece não contar com outros dispositivos de atenção à infância que possam acolher parcela dessa população que necessita de um acompanhamento distinto do oferecido pelo serviço de saúde mental. Por outro lado, certa inércia da rede se mantém, pois não aparece uma reflexão crítica sobre a suposta necessidade de intervenção especializada sobre os problemas infantis que ela mesma vem produzindo. Desse modo, não pensam em intervenções possíveis ou o que fazer a partir daquilo com que podem contar. Os serviços parecem acionar uns aos outros apenas para encaminhamento, apontando para certa valorização das práticas assistenciais tradicionais e solitárias ao buscarem como solução dos problemas infantis apenas os serviços especializados e na falta destes acreditarem que nada mais pode ser feito. Pois, é claro que não se trata de abrir novas vagas no CAPSi ou ampliar sua equipe, mas de pensar estratégias para essa parcela da população infanto-juvenil que se encontra desassistida. Apesar disso, em todas as unidades pesquisadas observamos que não há nenhum tipo de parceria para assistência à infância que não sejam os recursos oficiais da prefeitura, por exemplo.

Uma estratégia recente com intuito de minimizar os efeitos de uma rede considerada, pelos próprios entrevistados, incipiente e aproximar as entidades que prestam assistência à infância e adolescência no município, e, principalmente, estreitar laços estabelecidos entre o serviço especializado em saúde mental e as instituições que requerem dele intervenções, reuniões para discussões de caso vem sendo realizadas no CAPSi. Sobre esse espaço que agrega vários discursos e saberes sobre a infância e adolescência um entrevistado do Conselho Tutelar diz:

Tivemos mais facilidade, também porque passamos a participar de reunião de rede com a Saúde Mental. Hoje nós participamos, o Conselho Tutelar vai lá a pessoa representa a atividade da Saúde Mental, aquele negócio todo, os casos são mais graves, são né, lidados, discutidos. (Entrevista de Pesquisa)

Parece-nos que, a interlocução estabelecida nas reuniões de rede entre os serviços de atenção à criança e adolescente e o CAPSi é importante no sentido de

estabelecer vínculos e principalmente esclarecer sobre a função de cada serviço na rede. Também, pode se configurar como um espaço privilegiado para pensar estratégias e saídas possíveis para os casos, principalmente aqueles com os quais a rede se depara sem saber o que fazer. Também, as reuniões de rede podem contribuir para a reflexão sobre as demandas de psicopatologização, medicalização da infância e das relações ensino-aprendizagem, assim como romper com os pedidos que visam à manutenção de certa ordem, através da correção ou restauração dos comportamentos-problema apresentados pelas crianças. Antes de essa reunião acontecer, segundo relatos encontravam muita dificuldade para estabelecer contatos com os profissionais da saúde mental e com os demais dispositivos da rede, o que confirma a necessidade de interlocução e o rompimento com a solidão assistencial, onde os serviços pesquisados parecem se encontrar. Entretanto, talvez pelo motivo dessa reunião ser uma iniciativa nova, ainda não está claro como se dá o funcionamento de cada serviço na rede, conforme relata um dos entrevistados do Conselho Tutelar:

O que se pode oferecer em cada serviço? Como é que se diz... tem é x, y, k, cê pode encaminhar pra essas situação, entendeu? Eu acho que devia ser assim. Acho que falta mesmo um pouco de interação nesse sentido de conhecer... (Entrevista de Pesquisa)

Nesse contexto, a reunião parece-nos ser um espaço possível de interlocução para que os serviços se conheçam, identifiquem as responsabilidades, possibilidades e impossibilidades de cada um, e principalmente identifiquem aquilo que é de responsabilidade de todos. Para, além disso, pode constituir-se num espaço de reflexão que de certa forma sinalize para o poder público local a necessidade de atenção para os dispositivos voltados para a infância e adolescência da cidade, e para que soluções inovadoras possam emergir diante do impasse colocado por alguns casos. Se, parte da população infanto-juvenil não tem encontrado assistência num formato tradicional, restando para eles um limbo assistencial, mudanças com relação à abordagem das crianças e adolescentes podem advir através da reflexão e problematização dos próprios dispositivos de atenção sobre sua prática, nessa reunião de rede. Ora, não é possível enfrentar questões complexas referentes à assistência infanto-juvenil como um problema a ser

conduzido apenas por especialistas, fechando os olhos para outras possibilidades de intervenção.

Apesar de não se tratar de uma pesquisa avaliativa, cabe registrarmos a surpresa que tivemos nas visitas realizadas em alguns dos dispositivos em questão. Estes nos pareceram carentes com relação à estrutura física, apoio e respaldo institucional com relação ao poder público local. Também, no que diz respeito à relação com outros dispositivos que prestam assistência à população infanto-juvenil, que não estão em questão nessa pesquisa, a rede encontra muitos impasses quando se depara com um caso que requer outros tipos de intervenção médica especializada que, conforme aponta um entrevistado do PSF, chega a demorar meses.

Ah, demora. Hmmm acho que uns 6, 5 meses. Ô, eu já vi caso que eu já passei. Eu já passei por isso por causa do meu menino. Então quando consegue, já vai avançando mais ainda. Aí eu acho que deveriam ser as coisas menos demoradas, né, entendeu? Porque complica mais ainda o caso da criança. Eu acho que complica muito mais. Eu já senti na pele.
(Entrevista de Pesquisa)

Ainda, com relação à rede cabe ressaltarmos que o PSF, pareceu-nos ocupar uma posição secundária no que diz respeito à interação. Além de não possuir representante na reunião de rede, suas demandas para a saúde mental é mediada pela equipe de matriciamento em saúde mental. Tal equipe é responsável por discutir quinzenalmente os supostos casos a serem enviados ao CAPSi, funcionando como uma espécie de formação continuada no intuito de esclarecer ao PSF os casos indicados para intervenção da saúde mental, assim como também a possibilidade de que alguns desses casos sejam acompanhados na própria unidade básica de saúde. Assim, os encaminhamentos feitos à saúde mental através do PSF passam pelo filtro de um discurso que também é característico da própria saúde mental, o discurso da gravidade dos casos, sustentado também pela equipe matricial. Nesse sentido, a atuação do PSF em si se dá quando o que está em jogo é uma questão orgânica.

Cabe ressaltarmos, que a despeito de considerarmos a importância do matriciamento em saúde mental, não foi possível realizar uma investigação aprofundada com essa equipe, pois durante o processo da pesquisa vinha passando por mudanças em seu quadro funcional e em sua constituição e funcionamento pela

razão de estarem se transformando em uma equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

CAPÍTULO 4. PARA ALÉM DO CONCEITO DE LOUCURA EM FOUCAULT E SOBRE A PERCEPÇÃO DE LOUCURA EM CRIANÇAS

Definir uma identidade para a experiência da loucura não é uma tarefa fácil. Tampouco essa dissertação se pretende a isso. Sabemos a partir dos ensinamentos de Michel Foucault que épocas distintas lidaram com a experiência da loucura cada qual à sua maneira. Os lugares a ela destinados foram constituídos e inscritos dentro de um determinado contexto social, político e econômico. Nessa perspectiva, em sua tese de doutoramento *História da Loucura na Idade Clássica*, datada de 1961, Foucault aponta para a possibilidade de pensarmos criticamente como a loucura se constituiu na sociedade ocidental, do Renascimento à Modernidade, apresentando uma crítica à racionalidade, verdade e moral, que de acordo com Sales (2011), são responsáveis pela produção de saberes estáticos e inertes que tendem com frequência refutar outras experiências, considerando-as como uma anormalidade ou ameaça para certo ordenamento pré-estabelecido. Ainda, em suas análises Foucault defende que a razão, característica dessas épocas, promoveu a exclusão e o rechaço da loucura, que percebida como estrangeira e fora do hábito foi apartada do social na Modernidade. Se antes do século XVIII, o confinamento da loucura não era uma prática recorrente e os loucos habitavam as cidades compondo-a como um de seus diferentes membros, a partir da Modernidade considerada como uma doença, a internação da loucura foi legitimada como tratamento.

De acordo com Foucault (2006), tanto a circulação como o enclausuramento da loucura na sociedade foram possibilitados pelas percepções que se formaram sobre ela. Entendida como um saber divino e como uma das ilusões do mundo podia participar da vida social e da liberdade não tendo o seu destino encerrado na privação e na clausura, pois não se constituía como uma ameaça à ordem. Somente, quando capturada pelo *saber/poder* médico é que a loucura “ganhou” o estatuto de doença a ser tratada e curada, tendo a exclusão como destino. Segundo Birman (1992), foi o discurso de doença que autorizou a psiquiatria, referendada pelos ideais científicos modernos, a encerrar a loucura nos porões da exclusão. Considerando-a objeto de investigação e estudo a psiquiatria silenciou a loucura com a sua verdade. Contrariamente, Foucault em sua obra concede lugar e voz à insanidade realizando uma “arqueologia desse silêncio que foi imposto à loucura por

uma sociedade que procura afastar para longe de si os temores que colocaram em risco a sua tranquilidade” (Sales, 2011, p.30). Para fazer falar a loucura, Foucault não nos apresenta a sua essência ou verdade, mas, questiona os saberes produzidos sobre ela, subvertendo a construção pejorativa operada em seu entorno pela razão. Criticando as práticas e instituições sociais, ele apresenta as condições que propiciaram a produção de determinados saberes sobre a loucura ao analisar o quê, para quem e como estão direcionadas certas verdades, deslocando o mero conhecimento linear para compreensão dos motivos que sustentam uma fala, um fazer e sua legitimidade. Assim, Foucault não determina uma história científica, universal e verdadeira da loucura, mas apresenta um emaranhado discursivo que a atravessa, e que deu a ela determinadas formas ao longo dos tempos.

Nesse sentido, a loucura é mero fio condutor para a análise das experiências que se constituíram à sua volta. É como pano de fundo que ela aparece emoldurando a centralidade dada, por Foucault, às práticas, discursos e instituições sociais (Sales, 2011). O que Foucault salienta são as nuances e tonalidades dadas à loucura, pela via dos aspectos morais, religiosos, políticos e econômicos de certa sociedade que a atravessaram fazendo dela o que é, e “sem o que não existiria como uma forma particular de experiência” (Passos, 2004, p. 29). Ora, é o modo como a sociedade percebe e estabelece um relacionamento com a loucura que está em jogo em *História da Loucura na Idade Clássica*, definida pelo próprio Foucault (1991) como arqueologia da percepção.

A percepção corresponde à forma como uma cultura de determinada época convive com as questões de seu tempo – nesse caso as questões que dizem respeito à loucura. O modo de perceber a loucura e a maneira como a sociedade reage em decorrência dessa percepção, constitui a experiência que se tem da loucura (Sales, 2011, p.34).

Como a sociedade reage diante de um fenômeno inscrito no tempo, ou seja, a maneira como uma época percebeu e se relacionou com a loucura, por consequência constituindo-a para além do oposto à razão, mas como algo exterior a ela, a saber: uma doença. Porém, de acordo com Sales (2011), a loucura enquanto doença só é exterior porque já foi dominada. Mais que a eliminação da loucura, a sociedade moderna operou a sua ocultação ao estabelecer uma divisão entre a razão e o que ela não é, e não uma mera oposição razão e desrazão.

Segundo Foucault (1991), a idéia moderna de razão conduziu a loucura em direção aos porões da exclusão, pois, o modo de percepção social que incidiu sobre ela “exclui outros modos possíveis e submete a loucura a certo regime de verdade” (Passos, 2004, p. 35). Assim, a psiquiatria capturou a loucura tornando-a seu objeto de investigação. Foi a constituição da loucura como doença e a extração de sua verdade que lhe destinou o lugar de desrazão, inaugurando a impossibilidade do estabelecimento de um diálogo entre ela e a razão.

Diante do exposto, a loucura como um construto da sociedade autoriza que sobre ela os mais variados discursos sejam proferidos, ainda que nenhum deles possa lhe assegurar um sentido único. No entanto, a razão parece ser a principal referência para a designação do que seria a experiência da loucura. Nessa perspectiva, tudo aquilo que rompe com a ordem racional compartilhada pelo grupo social parece circunscrever-se como uma insanidade. Sendo assim, a loucura não se afirma pelo que é, mas a partir do que não é. Ou seja, a não-razão, o não-senso, não-raciocínio... Na tentativa de compreender como se deu a associação da loucura à desrazão e sua conseqüente exclusão social, acreditamos ser necessário retomar as análises foucaultianas sobre o assunto, neste capítulo. Para além do conceito de loucura o que pretendemos apresentar, assim como Foucault, não é o relato totalizador de uma verdade sobre a história da loucura, mas alguns fatores que possibilitaram a ela ser o que é ao longo dos tempos. Logo, são as continuidades e descontinuidades na maneira como a sociedade percebeu e tratou a loucura em cada época, que aqui se encontram explicitadas. É a história de uma exclusão, agenciada pela via do discurso moderno e do cuidado psiquiátrico, que denuncia a necessidade que a sociedade tem de abolir suas diferenças e seus incômodos na tentativa de manter a ordem e conter toda e qualquer forma de ameaça aos seus interesses, que será abordada na primeira parte desse capítulo.

Na segunda parte, apresentamos alguns dados de pesquisa no que se refere à percepção dos trabalhadores da rede de atenção à infância de Santa Luzia sobre a possibilidade de se pensar a loucura em crianças, reflexão fundamental para a pesquisa em questão. Sabemos que estamos percorrendo por caminhos pantanosos. Ora, não é fácil encarar tal discussão. Dessa maneira, quando pensamos em trazer tal discussão não estávamos desavisados do quanto é delicado e marcado por impossibilidades de entrelaçamento pensar as relações entre a infância e loucura. Por essa razão, não pretendemos com as análises proferir

discursos de verdade sobre o tema, mas apenas apontar maneiras possíveis de compreender e refletir sobre o tema da loucura na infância.

4.1 Desatino e razão: A loucura, a ciência e seu tratamento da Idade Média à Modernidade

Em *História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault (1991) nos apresenta como a loucura ocupou, no final da Idade Média, o lugar de segregação e exclusão social antes ocupado pela lepra – mal responsável por dizimar a população e tornar as cidades inabitáveis até o fim das cruzadas do século XVIII. Entretanto,

será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantinho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto, lhe são aparentadas de maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada por volta da metade do século XVII, antes que ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada obstinadamente, a todas as experiências da Renascença (Foucault, 1991, p. 8).

A loucura substituiu a lepra como o grande mal a ser combatido, recebendo como legado o seu lugar de segregação. Até então, milhares de leprosos eram cotidianamente banidos das cidades por carregarem o mal expostos em seu corpo. Os amplos leprosários estavam cada vez mais presentes na geografia das cidades européias. Também, o abandono de leprosos à própria sorte, prática destinada posteriormente à loucura, era recorrente e referendado pelo pensamento religioso da época. Acreditava-se que o repúdio aos leprosos e seu abandono ao sofrimento era uma forma de purificá-los para que, assim, pudessem alcançar o reino dos céus.

Ainda, de acordo com Foucault (1991) o desaparecimento da lepra do cenário das cidades contribuiu para que a loucura, eleita como novo mal, ocupasse o seu lugar. Entretanto, antes disso, as doenças venéreas foram o alvo da intolerância social. Os doentes eram levados para os antigos leprosários precedendo, dessa maneira, a loucura em sua carreira “prisional-carcerária”. Foi a partir da Renascença que a loucura passou a habitar as fantasias do homem como uma ameaça. Nessa perspectiva, “Foucault irá tomá-la como berço da ruptura

moderna do diálogo entre razão e loucura, e a paulatina identificação desta última como desrazão” (Passos, 2009, p. 47) o que reservou ao louco o banimento, anteriormente destinado à lepra. No primeiro capítulo de *História da loucura*, intitulado “A Nau dos loucos”, Foucault aponta para o incômodo que se tornara a presença dos insanos nas cidades da Renascença. Apesar de uma figura de linguagem, como esclarece Passos (2009), a metáfora de uma embarcação recheada de insanos aponta a ambigüidade da Renascença para com a loucura. Num primeiro momento, era permitida a sua circulação para depois serem destinados à deriva em alto mar numa prática concreta de expulsão daqueles que se tornaram indesejáveis para a sociedade da época. Acrescenta ainda que, de acordo com Foucault,

... de todas as naus inventadas a única que se concretizou como prática foi a Nau dos loucos. As cidades, querendo se ver livres de seus loucos, embarcavam-nos, fazendo-s percorrer principalmente os rios do norte e leste europeus, e, em cada localidade que apartavam, eram reembarcados. Foucault lê nesse gesto, que impinge ao louco uma condição de prisioneiro da passagem – isto é de prisioneiro eterno, sem destino e de origem ignorada – uma metáfora do modo ambíguo e prenhe de significações como a loucura é percebida na Renascença (Passos, 2009, p. 48).

Os loucos eram confinados em meio a marinheiros e grupos de mercadores, tendo como destino as terras estrangeiras e, às vezes, o próprio mar, onde eram desovados antes que as embarcações aportassem. Tal prática consistia em manter a cidade afastada da loucura e da estranheza que esta evocava, livrando-se de seus hábitos de agressividade, nudez ou criminalidade. Visava, também, resguardar a cidade dos saberes sobre-humanos e premonitórios dos loucos que anunciavam as desgraças e as catástrofes avassaladoras que se abateriam sobre a humanidade. Para Ribeiro (2011), a loucura enquanto porta-estandarte do mal era uma experiência solitária e delirante, pois carregava consigo um saber que não era partilhado e comungado pelos homens dotados de razão. Seu saber e verdade eram, no mínimo, inacessíveis aos homens.

Enquanto o homem racional e sábio só percebe desse saber algumas figuras fragmentárias – e por isto mesmo mais inquietantes – o louco o carrega por inteiro em uma esfera intacta: essa bola de cristal, que para todos nós está vazia, a seus olhos está cheia de um saber invisível (Foucault, 1991, p.21).

O louco era considerado, dessa maneira, portador de um saber delirante impossível de compartilhar, insociável, desconhecido, por isso temido. Contudo, sua circulação e participação na vida pública ainda eram possíveis, pois sua estranheza e bizarrice eram associadas às fantasias e espetáculos que não se clivavam perante as exigências da cultura. O louco teve decretado e referendada sua exclusão somente na Modernidade, período no qual a razão passou a governar os pensamentos, comportamentos e práticas humanas, e que operou uma cisão entre racionalidade e irracionalidade, pensamento e loucura. Segundo Passos (2009), a transformação da loucura em doença é tributária do modo de significação dessa experiência culminando em um novo lugar social para ela, a exclusão em instituições psiquiátricas.

Uma clara oposição se estabelece, entre a razão como lugar seguro para o homem habitar e construir sua verdade de um lado e a loucura como objeto de estudo da psiquiatria, de outro. As luzes da razão que iluminaram o mundo moderno deixaram à margem a loucura e o saber que ela produzia. Silenciados pela ciência, restou apenas o lugar do fora para os considerados inadequados aos ideais de civilidade (Ribeiro, 2011, p. 59).

A dissensão entre razão e loucura, operada pelo ideal iluminista de ciência, atribuiu aos loucos a incapacidade de pensar e produzir verdades e lhes destinou o confinamento. Sob a hegemonia do pensamento científico moderno, coube à psiquiatria restaurar a consciência do louco curando-o e o libertando do erro e da desrazão.

De acordo com Foucault (1991), o cogito cartesiano marcou o nascimento da Modernidade, constituindo-se como um modelo divisor de águas para o tratamento da loucura. A hegemonia da razão sobre a desrazão incidida na Renascença e concretizada na Idade Clássica confinou a loucura nos porões de grandes instituições e a destituiu de toda e qualquer possibilidade de sabedoria, pois segundo Descartes (1996), só se poderia chegar ao saber através do pensamento, – via régia para se atingir a verdade de forma segura e racional. A arte de pensar constituiu-se como meio para se atingir a verdade. Todavia, não se tratava de um pensamento comum, mas crítico-reflexivo em constante questionamento, pois, na capacidade humana de duvidar repousa a maneira ideal de se excluir e recusar as paixões, os erros e os enganos intrínsecos à loucura.

Sob o foco das impetuosas luzes da razão, a produção de verdades não poderia, deste modo, estar ligada a experiência da loucura, algo sombrio, ameaçador e passional, fadado ao desvario e à mera experimentação sensorial dos acontecimentos. Ora, um sujeito insano e que não pensa, não seria capaz de raciocinar e produzir conhecimento verdadeiro. Sendo a razão primordial para o alcance da verdade, através do método da dúvida, ela recusa o louco. Cativo das paixões e ilusões, este não poderia produzir sequer a própria verdade. Se o louco não raciocina e não duvida de suas experiências, hesita em questioná-las, é um ser desrazoado e se situa fora da expressão humana esperada. Distante da racionalidade, a experiência da loucura foi apartada da vida social.

Como experiência do pensamento, a loucura implica a si própria, e, portanto exclui-se do projeto. Com isso o perigo da loucura desapareceu no próprio exercício da razão. Esta se vê entrincheirada na plena posse de si mesma, onde só pode encontrar como armadilhas o erro e como perigos, as ilusões (Foucault, 1991, p.47)

O desrazoado e alienado tornou-se um empecilho para se atingir o conhecimento racional, exato. “Doravante, a loucura está exilada. Se o homem pode ser sempre louco, o pensamento, como exercício de soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato” (Foucault, 1991, p.47).

A delimitação entre razão e desrazão conduziu o processo de enclausuramento da loucura. Os alienados considerados incapazes de guiarem, racionalmente, seus pensamentos e ações, são ordenadamente internados, pois só poderiam ser livrados de suas ilusões através da incidência da razão sobre seu ser, via tratamento médico. Se todo acontecimento pode ser explicado e justificado pela ciência iluminista, o homem moderno só deve obediência à supremacia da razão. Precisa buscar, assim, a verdade e o bem comum, afastando-se de toda forma de falha, desvario e ilusão. Aqueles que não se conduzem pela racionalidade não encontram possibilidades de inclusão na sociedade moderna, que tem como mote “Razão e Verdade”. Uma vez instaurada a querela entre elas, restou à loucura o lugar da exclusão e segregação.

Segundo Foucault (1991), a partir do século XVI a experiência da loucura será conduzida pela razão. A experiência trágica da loucura, enquanto forma de subversão, e transgressão à ordem será anulada frente à impostura do poder racional. Assim, sob os domínios da “*rattio*” a loucura que desvela a produção de

verdades a partir de sua experiência trágica, enigmática, cósmica e que não se deixa facilmente dominar pelo poder da razão, sucumbe em detrimento à experiência crítica e racional da loucura que, “a coloca no lugar da revelação da mediocridade das coisas... denuncia a comédia da vida, o outro lado da verdade das coisas, o enamoramento dos namorados, a vaidade e mediocridade dos orgulhosos, dos insolentes, dos mentirosos” (Passos, 2009, p. 49).

A experiência crítica da loucura na Idade Clássica será oposta à razão e o louco será identificado a todo tipo de marginalizado social, portanto, necessitava ser contido, internado. Segundo Sales (2011), podemos considerar o internamento como o marco do domínio da loucura pela razão na Idade Moderna. As instituições erguidas para a contenção dos loucos é a estrutura concreta da experiência clássica da loucura. A divisão razão-desrazão destinou à loucura práticas sociais de segregação e exclusão.

De acordo com Foucault (1991), a fundação do Hospital Geral em Paris em 1657 e o nascimento da psiquiatria moderna, formalizaram a separação entre razão e loucura retirando-a do cenário social. Ainda, o Hospital Geral não se assemelhava a uma instituição médica, mas de recolhimento e controle de todo tipo de pessoa que ameaçava a ordem social. Ele era “antes de tudo uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (Foucault, 1991, p. 49). Nele eram confinados todos os tipos de mazelas sociais: mendigos, prostitutas, pobres insanos, libertinos, etc. Em sua função de colaborar para o fim dos crimes e desordens sociais é possível identificar a relação estabelecida entre o hospital e o poder legal. O hospital respondia a uma demanda de controle e retirada de cena das pessoas que colocavam em risco a ordem social. Dessa maneira, todos os desajustados sociais tinham nele sua sentença, visto que não era voltado para cura ou tratamento, mas ao aprisionamento daqueles que se constituíam como um incômodo. Segundo Foucault (1991), em meio aos internos encontrava-se loucos de toda espécie e, em pouco tempo, a instituição hospitalar se revelou um celeiro natural para o tratamento da loucura.

A internação de loucos como prática social é tipicamente moderna, isto é, nascida de uma dupla necessidade das sociedades industriais e capitalistas emergentes. Por um lado, da necessidade de saneamento e ordenação do espaço urbano pela distribuição e controle da circulação dos indivíduos; por outro, da necessidade de

disciplinar seus corpos e mentes, por meio da criação e proliferação de instituições apropriadas (Passos, 2009, p. 44).

Esse tipo de estrutura se espalhou rapidamente por toda França, com objetivo de eliminar das urbes aqueles que para ela se constituíam como ameaça, prenúncio da desordem para uma sociedade moderna e capitalista. Muitas dessas instituições se organizaram no espaço dos antigos leprosários e, sob o encargo da Igreja, prestavam assistência aos pobres e marginalizados pelo novo sistema social.

As internações nos Hospitais Gerais ganham, assim, um caráter estritamente político, social, econômico e, sobretudo, moral... a medida adotada nada tem a ver com uma política de assistência em saúde, mas, sim, com uma forma absoluta de demonstrar o poder soberano, advindo da monarquia e da burguesia, peças principais que organizavam a sociedade francesa da época (Ribeiro, 2011, p. 64).

Dessa maneira, uma grande massa de excluídos fora produzida pela modernidade e sua concepção política, econômica e social. Por outro lado, frente os avanços proporcionados pela crescente industrialização das cidades, a sociedade moderna trazia como nova demanda a captação de força de trabalho. Nesse contexto, críticas recaem sobre o internamento que passa a ser considerado um empecilho para o mercado que vinha se desenvolvendo, tornando-se imperativo resgate do grande contingente humano excluído nos hospitais. Assim, determinados sujeitos ganharam o novo status social de capital humano e foram liberados para o mundo que se industrializava. Entretanto, ao louco, desrazoado e improdutivo, continuou destinando-se o confinamento sendo reconduzidos a um internamento específico, diferenciado, sob os cuidados da psiquiatria nos hospícios (Foucault 1991; Passos; 2009; Ribeiro, 2011).

A apropriação da loucura pela psiquiatria e sua aproximação aos problemas de ordem moral, teve em Pinel seu grande expoente. Com a retomada do método clínico, Pinel defendeu a observação rigorosa e sistemática dos sintomas como fundamento de um diagnóstico. Criticando o caráter impreciso do conhecimento e tratamento acerca da loucura na época, publica em 1800 seu *Tratado médico filosófico sobre a alienação mental* propondo uma série de causalidades e propedêuticas para o tratamento científico da loucura (Foucault, 1991). Apesar de sua aspiração científica, o tratamento por ele proposto foi de cunho moralista e acabou por legitimar o domínio da loucura pela razão que levado às últimas

conseqüências contribuiu para o seu silenciamento nos porões dos hospícios. Para Pinel, a origem da doença mental estava no mau funcionamento da vontade e do bom senso. Assim,

a correção dos vícios morais era condição indispensável para a erradicação de hábitos nada congruentes com a harmonia social, considerando que a loucura seria produzida por comportamentos inadequados que provocariam o aparecimento de lesões nas funções mentais (Ribeiro, 2011, p. 66).

Desse modo, recobrar a vontade e a razão no louco justificava as intervenções de caráter corretivo, ortopédicas e repressivas. Conferir ao louco o juízo e a racionalidade remodelando seu comportamento inadequado, para após devolvê-lo moralmente adaptado à sociedade tornara-se papel fundamental da figura do médico, que segundo Ribeiro (2011), fortemente influenciado pelo princípio organicista desenvolvido na virada do século XVIII para o século XIX, passou a buscar as origens biológicas da loucura. De acordo com o autor, a busca pelas origens orgânicas da loucura, também, contribuiu, fortemente, para o aparecimento de novas práticas de tratamento que incidiram ferozmente sobre os corpos. Para além, a psiquiatria necessitava consolidar-se no campo da ciência como prática eficiente e imprescindível no tratamento da loucura. Assim, fez dela campo de experimentação para seu saber através de intervenções físicas atrozes, cruéis e desumanas, coisificando o louco em sua condição de enfermo.

A busca da causalidade da loucura assumida por Pinel fez com que o tratamento sob clausura perpetuasse violentamente, tendo com álibi o saber científico da psiquiatria. Ademais, segundo Pessotti (1996), a psiquiatria moderna do século XVIII e XIX acreditava que para a restauração e restabelecimento da razão no louco deveria se operar uma mudança em seu contexto social. O modelo hospitalar constituiu-se, de tal modo, como adequado para isolá-lo de todos os infortúnios que pudessem se constituir como fatores de desencadeamento de sua doença, como a família, a sociedade, etc. Tal modelo deveria, também, contribuir para o tratamento em si constituindo-se como um instrumento de cura. Portanto, não deveria ser pensado apenas por construtores, mas principalmente elaborado e ordenado pelo saber psiquiátrico, responsável por pensar na organização de todo o aparato hospitalar. Estava assim referendada pela ciência, a exclusão social do louco (Foucault, 1991; 2006; Pessotti, 1996).

Nesse contexto, o hospital psiquiátrico tornou-se local legítimo para tratamento e cura dos loucos, operada por práticas de isolamento, vigilância, controle e domínio. Contudo, não efetuou mais que o cerceamento, observação e punição daqueles que tinham nele seu lugar de destino, pois deveria ser capaz de imprimir uma mudança no comportamento dos loucos recuperando-os para posteriormente devolvê-los à sociedade. Cabia, então, ao saber médico revelar as verdades inerentes à loucura dentro desse dispositivo legítimo e indispensável para a cura (Foucault, 1991; 2006).

Os fundadores da psiquiatria acreditavam que através de técnicas ortopédicas e morais operacionalizadas sobre o louco dentro dos muros dos hospitais levaria à sua futura socialização. Aos casos que se apresentavam refratários às intervenções, cabia o confinamento até que a cura se operasse. Sendo necessário, assim, internar, vigiar e punir tendo como horizonte a liberação do ser racional que dali poderia advir. No entanto, foi baseada na destituição do saber do louco que a psiquiatria do século XIX considerou o hospital psiquiátrico como modelo eficaz de tratamento. A cura da doença mental estava associada ao tratamento moral e a destituição de qualquer sabedoria e autonomia do louco. Tal tratamento, circunscrito ao espaço hospitalar sob a organização e responsabilidade do saber médico deveria contribuir para o restabelecimento da razão no louco, mesmo que ao preço de sua liberdade.

O saber e o poder médico, ideologicamente, criaram uma legitimidade de intervenção da racionalidade sobre a loucura, utilizando a psiquiatria e a instituição destinada aos loucos como instrumentos de intervenção. O hospital psiquiátrico, como dispositivo disciplinar, atravessou os séculos, carregando em seu interior a lógica da exclusão até o mundo contemporâneo (Ribeiro, 2011, p. 55).

No hospício a loucura foi objetivada, tornou-se objeto de conhecimento tendo em vistas a cura, porém em regime de reclusão. A loucura só seria capaz de revelar sua verdade se isolada da sociedade. O hospital psiquiátrico e o tratamento pela via da internação constituíram-se como caminho sinalizado, ideal e eficaz para extermínio do perigo que a loucura evocava para a sociedade. O saber/poder da medicina legitimou a supressão da loucura da geografia das cidades, através da internação. De acordo com Amarante (1998), dentre os muros institucionais a psiquiatria moderna e seu grande expoente, Pinel, encerraram o destino dos loucos

vangloriando-se por tê-los libertado de suas correntes e grilhões. Mas, ao contrário, os aprisionaram enquanto doentes mentais, objetos do saber científico.

Não obstante, esse tipo de tratamento perdurou ao longo dos tempos. No decorrer do século XIX e XX a loucura continuou sua caminhada rumo aos porões da exclusão, ficando à mercê do saber científico, capaz de restabelecer-lhe comportamentos e valores de acordo com os preceitos da moralidade e racionalidade social. O manicômio alcançou o status de eficácia e “ideal” para o tratamento da loucura. Sob a lógica do enclausuramento, a instituição psiquiátrica cumpriu sua função de representar o discurso moderno em sua tentativa de apagar qualquer ameaça à sua pretensa ordem, pois a modernidade

...solidificada pelo pragmatismo, objetividade científica e submissão dos sujeitos ao poder institucional do estado, não suporta as trincas promovidas pela loucura. A irracionalidade não tem espaço no mundo moderno, mas insiste, e se faz inscrever na vida cotidiana (Ribeiro, 2011, p. 69).

Intolerante à diferença, a sociedade moderna anseia pelo distanciamento de toda e qualquer forma de degradação humana. Não suporta e rejeita tudo aquilo que coloque em risco sua harmonia e que lhe evoque mal-estar. Assim sendo, a exclusão dos loucos e todo tipo de pessoa que esteja em desacordo com os ideais sociais modernos de beleza, razão, eficiência, produtividade etc. tornou-se via, preferencialmente, eleita pela sociedade em sua tentativa de lidar com o estranho, que está fora de seus padrões. De acordo com Sales (2011), o outro desaparece, o estrangeiro é rechaçado do espaço social que não o reconhece ou legitima suas experiências. Contudo, poderíamos questionar se não seria legítimo o desejo de certa sociedade em excluir o que a incomoda. Entretanto, se algo traz desconforto devemos nos perguntar como, por que, e a quem incomoda? Nesse sentido, para Foucault (1991) a loucura foi percebida como um grande mal a partir do ponto de vista e dos valores racionais da sociedade moderna. O que a psiquiatria operou sobre ela foi mais que o seu conhecimento, mas sua dominação. Talvez, nesse ponto repouse alguns indícios para responder às perguntas, anteriormente, elaboradas.

Diante do exposto, podemos afirmar que Foucault em *A História da loucura na Idade Clássica* tece uma crítica à sociedade moderna e seus mecanismos de defesa perante aquilo que lhe ameaça. Os temores provocados pela loucura em uma

determinada sociedade demonstram a dificuldade que esta tem de relacionar-se com o diferente. Os valores sociais modernos não admitem aquilo que abale suas certezas rejeitando qualquer evento que será para eles seu exterior.

4.2 Algumas considerações sobre a percepção de loucura em crianças

Sustentamos a hipótese nesta dissertação de que com relação às crianças qualquer rastro da loucura é apagado dando lugar à produção de discursos que a consideram como deficiências, doenças e transtornos do desenvolvimento. Com base nesse pressuposto, buscamos identificar nos discursos que referendam os encaminhamentos de crianças para tratamento na saúde mental na cidade de Santa Luzia - MG, se a questão da loucura é mesmo desconsiderada, podendo produzir uma negação de sua incidência sobre a infância, e se nessa perspectiva os comportamentos-problema, distúrbios e transtornos em crianças ganhariam destaque justificando uma intervenção que visa restaurar suas condutas não considerando que determinadas manifestações lhe trazem sofrimento. Dessa maneira, nas análises dos discursos proferidos sobre a possibilidade ou não de uma criança ser louca não buscamos uma definição do que seria a experiência da loucura, tampouco associá-la à uma doença encerrando a discussão com a apresentação de resultados e verdades conseguidos através das análises. Mas, compreender se a concepção de criança, dentro de um determinado modo socialmente instituído de ser poderia fazer com que profissionais da rede de atenção à infância de Santa Luzia percebam todo e qualquer indício da loucura ou sofrimento de qualquer natureza em crianças como um desvio de comportamento a ser restaurado. Uma vez assim, estariam justificados os encaminhamentos com pedidos reparadores das condutas infantis. Para além, buscamos refletir como tal prática poderia incidir sobre o processo de Reforma Psiquiátrica uma vez que o mesmo propõe a inserção social da loucura ou sofrimento psíquico como uma das possíveis formas de manifestação humana e não como uma doença a ser erradicada. Para tal, a Reforma vem trabalhando não no sentido de silenciá-la ou mesmo tratá-la sob determinados eufemismos, mas de escancará-la para o social na tentativa de desconstruir alguns mitos que, ainda, pairam sobre o louco, objetivando o

estabelecimento de uma nova relação entre a sociedade e a loucura. Poderíamos pensar, que distante de sua negação o movimento de Reforma Psiquiátrica almeja a sua afirmação com uma das diferentes formas de existência.

Sabemos que a palavra loucura pode soar demasiado pesada para alguns. Principalmente, quando o que está em questão são as crianças. Ainda assim, optamos por sua manutenção, tanto pelo seu sentido libertário, quando associada a tudo aquilo que rompe com *status quo*, quanto pela possibilidade de que interpretações variadas poderiam ser feitas pelos entrevistados. Nesse sentido, optamos pela não-utilização de termos médicos ou eufemismos, estando o entrevistado livre para dar a ela o sentido que queira. Nessa perspectiva, perguntamos aos entrevistados sobre a possibilidade ou não de uma criança ser considerada louca:

Entrevistado 1: *Ah, eu nunca vi criança doida não. Eu acho que não. Se eu já vi nascer doida? Loucura? Não.* (Entrevista de Pesquisa)

Entrevistado 2: *Do nada? Não. Eu acredito que tem fatores, mas que ficar louca não. Eu acho assim que são fatores que desencadeiam algum tipo de transtorno, né, e tal. Eu vejo como um transtorno mental mesmo.* (Entrevista de Pesquisa)

Entrevistado 3: *Não. Eu acho que tem fatores né, eu acho que são, que se ela chegar eu acho que é consequência, ela chegar a ficar.* (Entrevista de Pesquisa)

Entrevistado 4: *É muito complicado. Eu acho que assim: a minha opinião falar que uma criança é... está louca. Ela pode ter, enfim, algum transtorno psicótico que ela já traz com ela, que de certa maneira em algum momento ela pode manifestar isso. Agora, ela se tornar louca? Não vou saber te falar não... o que pode atrasar é no caso do diagnóstico. Ela já deve trazer uma condição patológica desde que nasceu. Acredito que ela pode carregar aquilo ali com ela e, num determinado momento, precipitar aquilo. E você pode pescar aquilo, o médico, o psiquiatra...* (Entrevista de Pesquisa)

Pareceu-nos que uma criança não pode ser louca, mas pode vir a manifestar algum transtorno ou distúrbio, algo da ordem de uma doença. É interessante notarmos como se estabelece por um lado a relação entre loucura e doença, transtorno, distúrbio, e por outro uma separação, visto que a doença mental parece ganhar certo lugar que a torna mais aceitável quando se trata de uma criança. De um lado a loucura enquanto doença, conforme nos aponta Foucault, e de outro a doença e o transtorno mental que exclui a loucura, definindo o tratamento que deve se dar para

ela: encaminhar para intervenção especializada para que algo possa ser feito. Assim sendo, uma criança não pode ser louca. O que ela pode apresentar é um transtorno, uma patologia que vai se revelando com o tempo como um distúrbio mental. Um dos entrevistados relata que apenas como doença ou um distúrbio algum comportamento próximo ao que se imagina da loucura poderia se manifestar na criança.

É, pela experiência que eu tenho aqui. Assim, e pela experiência de vida assim, eu não vejo assim não. Eu vejo mais assim, um problema assim de estresse que a pessoa teve muito forte e que abalou. E, sei lá, que a pessoa não tá conseguindo lidar com aquilo, eu vejo pra esse lado. (Entrevista de Pesquisa)

Considerada um distúrbio emocional em crianças, o sofrimento psíquico tem sua origem no meio familiar e/ou social, no qual elas se encontram inseridas. A criança traz como marca hereditária ou como algo constitutivo de seu ser, a possibilidade de um transtorno ou desequilíbrio. Entretanto, é por se tratar de uma doença que aquilo que ela apresenta é distinto da experiência da loucura e, por essa razão, pode ser tratada.

Ah, ah, pela experiência que eu tenho aqui com os alunos, eu acredito que não. O que eu vejo assim, os casos mais graves que a gente tem aqui é, são problemas assim, que a gente vê que na, na família já tem outros casos, vamos supor, de avós que tinha a..., é, avô, avó que tem um tipo de problema parecido com o deles. Então a gente assim, que parece que é uma coisa que é genética, de não de ser doido, mas de meninas que tomam uma dosagem muito grande de remédio e que precisa dela realmente. Quando não tiver, quando às vezes não tem a gente percebe nitidamente, é difícil até a gente controlar o impulso deles, né. Então eu assim, na escola aqui, pela experiência que eu tenho aqui, eu não vejo assim não. (Entrevista de Pesquisa)

A loucura parece-nos inadmissível na infância. E, quando a criança manifesta algum tipo de problema grave, sua origem é genética. A família é responsável pela produção de anormalidades e comportamentos estranhos não apenas por sua forma de lidar com o comportamento infantil, mas também por deixar às crianças um legado, um gene “ruim”. Associada à bizarrice, irracionalidade, incapacidade de pensamento, etc., seria quase uma heresia afirmar que uma criança no auge de seu desenvolvimento pudesse chegar a comportamentos tão desprezíveis como os de

um louco. Assim, o que ela apresenta é logo associado a uma patologia que incide sobre seus comportamentos, conforme relatam alguns entrevistados:

Uma criança? Louca, louca? Ah que joga pedra, igual aquela, essa menina [caso relatado de uma jovem] que eu contei o caso que grita, fica gritando o dia inteiro. Igual tem paciente que fica toda cercada num muro, um muro alto, fica dentro de um quarto que tem grade, aí isso pra mim é uma loucura mesmo, aí é louca. ...Aí isso pra mim é uma loucura. Aí, criança assim eu nunca vi. Criança, criança, eu nunca vi não. (Entrevista de Pesquisa)

Eu to pensando assim, num louco que a gente vê que tá todo descabelado na rua, com a roupa toda esquisita, que não tem noção aonde tá, o que tá fazendo. Mas aí, a gente vê assim, não tem ninguém por ele, todo mundo abandonou. O louco seria aquele que não dá fé de nada, não tem noção de nada. (Entrevista de Pesquisa)

É... eu acho que ficar doido não. Acho que vai ter os momentos de dar mais trabalho, de ser mais indisciplinado, mas ficar doido de não saber, né, o que tá fazendo, de rasgar dinheiro essas coisas não acho não. (Entrevista de Pesquisa)

A loucura parece manchar um ideal de criança, assim o que ela pode apresentar são comportamentos desregrados, desmedidos ou uma doença, mas que não incidem sobre sua racionalidade, sua capacidade de pensar. Ora, a idéia do louco como aquele que não pensa, um insano desorientado no tempo e no espaço parece ser parâmetro utilizado para definir uma suposta normalidade. Assim, como Foucault (1991) nos aponta são esses motivos que fazem do louco um ser que deve permanecer apartado da vida social. Entretanto, segundo Ferreira (2004) no caso de crianças, a exclusão da loucura infantil, diferente da exclusão operada sobre os adultos, se dá na instância de não reconhecimento de sua existência. Ora, a criança terá momentos de indisciplina, de dar trabalho, falta de limites, etc. conforme percebemos nos relatos de entrevista acima.

Ao relatar um caso atendido no CAPSi, um dos entrevistados deixa claro a dificuldade de falar sobre a possibilidade de uma criança ser ou não considerada louca. Talvez, esta percepção de que onde há infância não há loucura, ainda, pelo menos, esteja na base de uma ausência de políticas para esta faixa etária no campo da saúde mental por tanto tempo, apontando para um dos efeitos do não reconhecimento da possibilidade de que uma criança enlouqueça. Ao tentar lembrar o nome da doença pela qual a criança é acometida, o entrevistado cita como exemplo um caso recentemente abordado por uma telenovela, dizendo que a

criança teria a mesma doença da personagem. No entanto, não consegue se lembrar o nome.

Pesquisador: *esquizofrenia?*

Entrevistado: *Isso, esse aluno tem. Mas herdado do pai que também tem. Do irmão mais velho que também tem. E a irmã dele que é minha aluna não tem. Então é uma doença que deu só nos homens da casa, não deu nas meninas. E eles são... seis irmãos pra você ver.*

Pesquisador: *E você acha que isso poderia ser considerado uma loucura?*

Entrevistado: *É uma doença que ela vai aumentando de acordo com a idade dele né. Porque quando ele tinha sete anos de idade ele não tinha. Então, a doença foi vindo com o tempo. Então, agora que ele tá maior, com doze, ele já né... a doença já manifestou nele, né. E, no irmão dele mais velho com quinze já tá aumentando. Então, o irmão dele já fica internado na Saúde Mental porque vai aumentando, né. Então, ele já não tem muito controle. Ele vem aqui pra escola e fica assim, o mais velho [referindo-se à um dos irmãos] é eu acho que ele, estamos trabalhando pra colocar ele na APAE, porque ele fica assim "Eu quero sexo, eu quero sexo. Eu vou pegar uma das meninas. Professora eu vou namorar". Então assim, ele tá obcecado com sexo. Então, a nossa função com ele aqui na escola, quando ele tá aqui tem que ficar alguém no banheiro das meninas, senão ele vai pro banheiro das meninas.*

Pesquisador: *E por que, estão pensando em colocá-lo APAE?*

Entrevistado: *Porque lá tem todo um tratamento, lá tem profissionais que vão tá ajudando ele mais do que aqui. Porque aqui ele já tá virando um risco, porque se a gente descuidar ele pode pegar uma menina né. Ele já é um homão já, grande. Então assim, né, essa questão de se resguardar mesmo.*

Pesquisador: *Mas e quanto a aprender? Na APAE não seria mais a questão da aprendizagem? Ele aprende?*

Entrevistado: *Ele aprende, mas ele tem dificuldade de concentração, de guardar as coisas né. Então, assim... ele tá obcecado com essa idéia.*

Pesquisador: *Com a idéia de sexo?*

Entrevistado: *É.*

Pesquisador: *E você, acha que no caso dele... que ele é um menino louco?*

Entrevistado: *Eu não sei se a esquizofrenia... é uma doença. Se ela pode ser considerada uma loucura né? Aí teria que ter mais aparato técnico pra isso.*

Pesquisador: *Mas pelo que você vê nele o que você pensa?*

Entrevistado: *Não sei. Ah eu acho assim, que se você tiver carinho com ele. Também existe muito aquela questão familiar no caso dele,*

né: o pai separado da mãe, ele precisa ser o chefe da casa porque a mãe precisa sair pra cuidar dos outros. Ele é o mais velho, ele não dá conta. Então, aquela questão que eu te falei volta lá, a criança que foi feita adulta muito cedo... então não sei se tudo isso vai desencadeando. Uma coisa vai desencadeando a outra né, então é complicado tá te afirmando que é doido. Eu não acredito que ninguém no mundo seja doido. Eu acredito que há circunstâncias que levam a pessoa à fragilidade, a desistir de viver né. Entra em estado de depressão e vai causar um estado ali que a pessoa vai ficar apática a tudo, que ela prefere é fugir da realidade. Então, eu acredito nessas coisas.

Pesquisador: *Então, você acha que no caso dele foram circunstâncias...*

Entrevistado: *Que podem tá desencadeando essa doença.*

Pesquisador: *Você estava me falando que vai aumentando...*

Entrevistado: *Vai aumentando, essa doença dele vai aumentando. A tendência dele é aumentar até ele virar um psicopata né. Capaz de pegar qualquer coisa e matar uma pessoa né. Como a nossa sociedade do jeito que ela é e que mostra aí ela vai causar muitos psicopatas. Eu acredito nisso. Porque é um mundo consumista, não existe aquele olhar pro outro, não existe aquela questão de vamo ali bater um papo nós dois ali, sem interesse nenhum. Os papos hoje estão todos em volta de um interesse, maior ou menor. Mas, é... então as pessoas não param hoje pra sentar na esquina e bater papo, as pessoas não param pra ouvir o outro, né. Então tudo isso compromete a nossa sociedade. E a educação também. Eu acho que deveria ter mais investimento na educação. A educação, que me desculpe os nossos dirigentes governamentais aí, mas falta muito investimento na educação. Se o Brasil quer sair dessa condição de terceiro mundo a quarto mundo meu ver, ele tem que melhorar a educação. E não é a questão só de salário de professor não. É questão de material também pra tá melhorando isso aí. É investir na educação, mas investir no todo né. Não investir só em época política ou investir como a gente vê essa coisa toda mascarada aí. Então, acho que o problema da humanidade em si é de algo... aí. (Entrevista de Pesquisa)*

Acreditamos que a imagem que se faz do louco, como um ser bizarro, perigoso e infrator que pode até mesmo se tornar um psicopata, acaba por justificar certa resistência em falar da possibilidade de uma criança ser louca. Parece-nos haver um tabu com relação à loucura, principalmente quando o que está em questão são as crianças. Desse modo, parece ser mais fácil assumir que o quê uma criança pode vir a desenvolver é uma doença, um transtorno de origem genética e, influenciado pelo meio social e familiar, não reconhecendo o sofrimento da criança como legítimo e tendo algo dizer a nos dizer. Ainda, a incidência de fatores genéticos e ambientais sobre o desenvolvimento infantil parece sinalizar para certo fatalismo de que a criança irá desenvolver um distúrbio, não tendo, portanto, outra coisa a fazer senão

encaminhá-lo para intervenção de profissionais especializados. Contudo, o encaminhamento de uma criança que sofre não pode ser algo da ordem de uma loucura, mas de comportamentos-problema, conforme aparece em relatos anteriores. Quanto à desconsideração de que um sofrimento psíquico em crianças seja da ordem da loucura, mas da instância de um distúrbio ou uma doença outro entrevistado continua:

Loucura é... loucura não. Eu acho que chega a ser um distúrbio. Não chega a ser uma loucura. A não ser que eu esteja errada. Eu acho que não. Eu acho que é um distúrbio. É, alguma coisa errada. Não chega a ser uma loucura. (Entrevista de Pesquisa)

De certa maneira, como temos observado a idéia que se faz da loucura é negativa e estigmatizante. Parece-nos que, apesar dos incontáveis esforços da Reforma Psiquiátrica na luta contra o estigma com relação à loucura, muito precisa ser feito, pois ela ainda é associada à irracionalidade, periculosidade, bizarrices, etc. Nesse sentido, torna-se positivo o fato de não admirarem que uma criança seja louca, já que a loucura é permeada por estigmas e preconceitos. Contudo, essa negação também pode produzir desassistência no campo da saúde mental infanto-juvenil. A negação compromete o avanço das políticas de assistência, já implementadas tardiamente, para essa parcela da população. Ainda, a idéia que se tem da impossibilidade de uma criança ser louca, conforme aponta o entrevistado, parece ancorar-se na concepção idealizada de criança como ser em desenvolvimento. Assim sendo, os sintomas apresentados por ela não podem ser enquadrados no estatuto de loucura, mas como um desajuste comportamental, algo errado, passageiro, momentâneo e por esse motivo passível de intervenção. Cabe aos que dela cuidam identificar qualquer tipo de comportamento dissonante ao ideal de normalidade para que sobre ele uma intervenção possa se efetivar. Nessa perspectiva, outro entrevistado expõe:

Se a família ver, é... situações né que a criança tá apresentando, eu acho que ela aí tem que tá procurando ajuda né. É mesmo o caso é... de...por exemplo: isolamento que a gente vê casos de criança já isolada ali o tempo todo no quarto, só procurando o computador, você entendeu? Então, eu acho que aí a mãe já tem que estar atenta com a criança que não tem amigos, não gosta de sair, então, já tá procurando ali uma ajuda pra saber sobre esse comportamento dessa criança. (Entrevista de Pesquisa)

Ademais, a detecção precoce de determinados comportamentos infantis que sinalizam para um transtorno poderia prevenir que a criança chegasse a se tornar louca, quando adulta, sendo o tratamento a via restauradora das condutas infantis e a via preventiva com relação à loucura. Sobre isso, outro entrevistado diz:

Aí eu acho que se você não tratar uma criança que já é pequena, assim, a tendência é ir só piorando, só vai piorar, a medida que a criança não vai melhorar. Daí a criança vai partir pra outras coisas piores. Aí, como que vai fazer com uma criança sem tratamento, sem nada? (Entrevista de Pesquisa)

Desde que corretamente tratado e medicado, o distúrbio apresentado pela criança seria reversível, tendo em vistas que é através da medicação que os comportamentos poderão ser modificados, o doente melhorar e/ou conviver com o transtorno naturalmente. A intervenção medicamentosa é, portanto, capaz de operar a “normalização” da criança.

Até assim, ter uma medicação que não vai ficar alterando né, não vai ter assim... porque o medicamento vai oscilando de acordo com a reação da pessoa. Até que, vamos supor: vai diminuindo a dosagem e a pessoa consegue conviver com o medicamento. (Entrevista de Pesquisa)

Eu acho que assim, é um momento de estresse muito grande e... isso, eu acredito nisso. É... vai amenizar, vai ajustando a medicação e tal, até que chega um ponto que né, vai normalizar. Normalizar assim, mesmo que ele é, tem que tomar o medicamento, mas ele vai ter um comportamento normal. (Entrevista de Pesquisa)

Diante do contexto, podemos perceber que a loucura em crianças é negada, pois além de ser associada a uma experiência ruim, parece evocar algo da ordem de uma ferida narcísica quando se trata de uma criança. Ora, uma criança em pleno desenvolvimento e com tantas possibilidades não vai encontrar como saída para seu sofrimento a loucura. Ela poderá, no máximo, apresentar um transtorno ou um distúrbio de comportamento. Apenas um dos entrevistados pareceu-nos, por um momento, admitir a possibilidade de uma criança ser louca, considerando que a loucura viria como uma resposta para o sofrimento infantil.

Se ela tiver em situação de sofrimento pode. Acho que o sofrimento leva a pessoa a um nível de... de stress muito grande. Tem criança que é torturada, espancada, que sofre tanto abuso sexual e é obrigada a ficar calada, isso a criança tem, ela vai dar um... uma resposta aí de qualquer... qualquer área, seja numa escola, agressiva, então a falta de formação também da família né, isso é muito, é um complicador. Ficar louca só no

caso muito peculiar, muito raro né, esse ficar louca. Porque eu acho que ficar louco é ficar fora de si totalmente, é o surtar né? Surtar de uma maneira irreversível, assim né. Não sei se seria... Não é bem com a criança isso não. Não é uma loucura. Não é a... não é. No sentido de que tem tratamento tem... tem possibilidade. (Entrevista de Pesquisa)

Apesar de o entrevistado apontar para uma noção de cuidado e associar a loucura como uma resposta da criança ao sofrimento que a ela é impingido, vemos também que para ele a loucura da qual padece uma criança seria um transtorno psíquico, um desajuste passível de tratamento. Portanto, uma doença que tem possibilidades de retorno a um estado normal. Ainda assim, seria um caso raro, produto do descuido no que diz respeito à identificação precoce e intervenção especializada a tempo. O surto, a insanidade e a loucura considerados irreversíveis não seriam possíveis para uma criança. De tal modo, a loucura aparece como algo “fatalístico”, sem possibilidades de intervenção e cura, contrariamente aos comportamentos-problema das crianças que por serem plenas de possibilidades podem ser tratados/corrigidos.

Parece-nos que a concepção negativa que os setores de atenção à infância de Santa Luzia têm sobre a loucura faz com que neguem a possibilidade de uma criança enlouquecer e a imagem que fazem da criança como um ser de plenas possibilidades e em desenvolvimento reforça a idéia de que a identificação precoce e tratamento especializado sejam capazes de restaurar nela certo ideal. Nessa perspectiva, as crianças que escapam do comportamento padrão são classificadas numa noção de transtorno, distúrbio ou doença mental. Entretanto, tais idéias nos são apresentadas como opostas à loucura, corroborando com o pressuposto de que se no campo da saúde mental do adulto a loucura aparece como uma questão do sujeito, no que concerne à criança ela se encontra silenciada sob a noção de distúrbio ou transtorno a ser corrigido, fazendo do CAPSi um caminho esperado para a correção do sofrimento psíquico e mental. Nesse sentido, os inegáveis esforços da Reforma Psiquiátrica no Brasil para desconstruir o modelo hospitalocêntrico substituindo-o pelo tratamento em meio aberto nos CAPS, visando à inserção social da loucura, parece ficar comprometido no caso de crianças. Ora, a impossibilidade de que sejam loucas, pode contribuir para certo silenciamento de suas questões no campo da saúde mental e retardar a eficácia das políticas públicas de atenção propostas pelo atual modelo brasileiro de assistência psiquiátrica. A impossibilidade da loucura em crianças e o não reconhecimento de seu sofrimento parecem evocar na rede de atenção à infância, pedidos de formatação dos comportamentos que

trazem como conseqüência o apagamento das diferenças. Nesse sentido, faz-se necessário escutar o sofrimento colocado pelas crianças como uma das respostas encontradas para lidarem com as várias situações de vulnerabilidade nas quais se encontram em nossa sociedade. Acreditamos que assim, algo da ordem de uma intervenção possível e contrária ao descaso, segregação e exclusão possa se efetuar.

Cabe ressaltarmos, que as análises e resultados obtidos nessa pesquisa não se pretendem verdadeiros ou falsos, mas apenas sinalizar um momento de reflexão, um recorte sobre o campo de pesquisa em questão. O material produzido é vasto permitindo sobre ele releituras e novos enfoques. Nesse sentido, outro pesquisador poderia realizar uma análise diferente da que apresentamos, confirmá-la ou refutá-la. Entretanto, não menos verdadeira ou falsa. Ora, realizar uma pesquisa num campo onde se encontram subjetividades é uma tarefa árdua, pois as almejadas objetividade e neutralidade não estão dadas *à priori*, e no campo das ciências humanas são impossíveis de serem alcançadas. Portanto, se essa pesquisa não é portadora de uma verdade universal, também não é falsa. É nesse jogo de falso e verdadeiro que ela se inscreve não pretendendo apresentar saberes inertes e inquestionáveis, mas que tragam inquietações e reflexões.

REFERÊNCIAS*

- Afonso L. & Abade, F. (2008). *Para inventar as rodas*. Belo Horizonte: RECIMAN - Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros.
- Akerman, J. (2003). Estratégias de segregação na infância e adolescência: um recorte sobre o campo da saúde mental. In Guerra, A. M. C. & Lima, N. L. (Orgs.). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental* (pp.199-220). Belo Horizonte: Autêntica.
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (Coord.). (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2004). Loucura y Acción Cultural: Sobre los campos de la Reforma Psiquiátrica en el Brasil. In Kazi, G. & Golini, J. (Orgs.). *Salud Mental y Derechos Humanos: Subjetividad, Sociedad e Historicidad*. (Vol. 1, pp. 195-213,). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Amarante, P. (2008). Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C. et. al (Orgs). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. (pp.735-759). Rio de Janeiro: Fiocruz – CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
- Amarante, P. (2008a). Caminhos e Tendências das Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Brasil. In Amarante, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. (pp.81-106). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andreoli, S. B. (2007). Serviços de saúde mental no Brasil. In Mello M. F., Mello A. A. F. & Kohn, R. (Orgs.) *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. (pp.85-100, Cap. III). Porto Alegre: Artmed.
- Ariès, P. (2006). *História Social da Criança e da Família*. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Assumpção Jr., F. B. (1994). Pequena história da Psiquiatria infantil. In: Assumpção Jr., F. B. (Org.). *Psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Santos/Maltese.
- Avellar, L. Z. & Bertollo, M. (2008). A Saúde Mental na infância e adolescência e o diálogo necessário entre as dimensões clínica, ética e política. In Rosa, E. M., Souza, L. & Avellar, L. Z. (Orgs.) *Psicologia Social: temas em debate* (pp.69-87). Vitória: UFES – ABRAPSO/GM Gráfica Editora.

* De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- Bilac, O. (2000). No Hospício Nacional (Uma visita a secção de creanças). In: Amarante, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 307-314). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Birman, J. (1992). A cidade tresloucada. In: Bezerra, B. & Amarante, P. *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Braga, F. & Maierovitch, C. (Orgs.). (2000). *Contra a Maré, à Beira-Mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec.
- Brandão, H. N. (2004). Introdução à análise do discurso. In Caregnato, R. C. A & Mutti, R. (2006). *Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo Texto Contexto – enferm. out/dez.*, Campinas: Editora Unicamp, 15(4), 679-684.
- Brito, M. M. M. (2004). Novas formas de pensar o coletivo. In Ferreira, T. (Org.). *A criança e a saúde mental - Enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica, p.93-109.
- Calvino, I. (1998). A palavra escrita e a não-escrita. In Ferreira, M. M. & Amado, J. *Usos e abusos da história oral*. (pp. 39-147). Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- Campos, R. C. (1991). Apresentação. In *Da psiquiatria infantil à clínica da criança - fascículos FHEMIG*. Belo Horizonte: FHEMIG, 7.
- Campos, R. H. F. (2010). Reflexões sobre a evolução e tendências contemporâneas na historiografia da Psicologia Educacional no Brasil. In Yamamoto, O. H. & Costa, A. L. F. (Orgs.) *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*. (pp. 215-227). Natal, RN: Edufrn.
- Carvalho, D. O. (2008). *O Fórum da Criança e do Adolescente da Regional Leste de Belo Horizonte: processo de institucionalização e práxis instituinte*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Cirino, O. (1992). O descaminho daquele que conhece. In *Da psiquiatria infantil à clínica da criança - fascículos FHEMIG*. Belo Horizonte: FHEMIG, 7, 37-83.
- Costa, J. F. (1999). *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Couto, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In Ferreira, T. (Org.). *A criança e a saúde mental - Enlaces entre a clínica e a política* (pp.61-72). Belo Horizonte: Autêntica.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S. & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria* (pp.390-398). Rio de Janeiro.

Descartes, R. (1996). *Discurso do método: As paixões da alma; Meditações; Objeções e respostas*. São Paulo: Nova Cultural.

Dias, F. W. S. (2008). Do CAPSi à rede: o novo paradigma de atenção à crianças e adolescentes no campo da saúde mental. *Interseção*. Belo Horizonte: Faculdade São Camilo, 2(2), 46-54.

Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). *Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente*. Brasília-DF: Autor.

Ferreira Neto, J. L. (2008). Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. In *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 32(78/79/80), 18-26.

Ferreira, T. (2001). *Os meninos e a rua: uma interpelação à psicanálise*. Belo horizonte: Autêntica, 3a ed.

Ferreira, T. (2004). Sob o manto da deficiência. In Ferreira, T. (Org.). *A criança e a saúde mental - Enlaces entre a clínica e a política* (pp.13-22). Belo Horizonte: Autêntica.

Ferreira, T. (2010). A criança e os adolescentes – sujeitos de direitos. In Heleno, C. T. & Ribeiro, S. M. (Orgs.) *Criança e Adolescente: sujeitos de direitos* (p p. 31-48). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais.

Banco de notícias – Saúde Mental (2011) Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais (FHEMIG). Recuperado em 15 de dezembro de 2011. <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/banco-de-noticias/235-complexo-desaudemental/1673-cepai-da-rede-fhemig-entrega-obras-de-melhoria-e-lanca-revista-de-psiquiatria>

Banco de notícias – Saúde Mental (2011) Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais (FHEMIG). Recuperado em 15 de dezembro de 2011. <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/banco-de-noticias/235-complexo-de-saudemental/1676-historico-do-cepai>

Firmino, H. (1982). *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: Codecri.

Firmino, H. (1980). Conhecendo um outro inferno, só de crianças. In *Jornal Estado de Minas*. Série “Nos porões da loucura”, s/p. Belo Horizonte, 15 de junho (xerocopiado).

Foucault, M. (1987). *A Arqueologia do Saber*. (L. F. B. Neves, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra originalmente publicada em 1969).

Foucault, M. (1991) *História da loucura na Idade Clássica*. (J. T. C. Netto, Trad.). São Paulo: Perspectiva. (Obra originalmente publicada em 1961).

Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France* (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra originalmente publicada em 1973-74).

Franco, L. & Lancetti, A. (2001). Quatro observações sobre as parcerias. In Lancetti, A. (Org.). *Saúde e Loucura: saúde mental e saúde da família*. (pp. 103-107). São Paulo: Hucitec.

Freud, S. (1976). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud. Um caso de histeria e três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos*. (J. Salomão, trad. Vol. VII, pp. 117-228.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)

Freud, S. (1976a). O esclarecimento sexual das crianças. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud. Gradiva de Jansen e Outros Trabalhos*. (J. Salomão, trad. Vol. IX, pp. 137-144). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1908)

Freud, S. (1976b). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud. Duas histórias clínicas ("O pequeno Hans" e "O homem dos ratos")*. (J. Salomão, trad. Vol. X, pp. 13-154). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909)

Frota, M. G. C. (2002). A cidadania da infância e da adolescência: da situação irregular à proteção integral. In Carvalho, A. M. et al. *Políticas Públicas*. (pp. 59-86). Belo Horizonte: UFMG.

Garcia Mendez, E. & Costa, A. C. G. (1994). *Das necessidades aos direitos*. São Paulo: Malheiros.

Gill, R. (2007). Análise de discurso. In Bauer, Martin W. & Gaskell, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (P. A. Guareschi, Trad. pp. 244-267). Rio de Janeiro: Vozes.

Guerra, A. M. C. (2003). Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In Guerra, A. M. C. & Lima, N. L. (Orgs). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental*. (pp. 171-189). Belo Horizonte: Autêntica.

Guerra, A. M. C. (2005). A psicanálise no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil. In *Psychê*. São Paulo: ano IX, (15), 139- 154.

Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. In *Cadernos Pagu*. Campinas: SP (5), 07-41.

Lobo, L. F. (2007). Psiquiatrização da Infância no Brasil: Bourneville – Primeiro Pavilhão-Escola para Crianças Anormas do Hospício Nacional de Alienados. In Arantes, E., Nascimento, M. L. & Fonseca, T. M. G. (Orgs.) *Práticas PSI inventando a vida*. (pp. 65-82). Niterói: EdUFF.

Lobosque, A. M. & Abou-Yd, M. N. (1998). A cidade e a loucura - Entrelaces. In Campos, C. R., Malta, D. C., Reis, A. T. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte reescrevendo o público* (pp.243-264). São Paulo: Xamã.

Lobosque, A. M. (2003). Clínica em movimento: o cotidiano de um serviço substitutivo em saúde mental. In Lobosque, A. M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios* (pp.17-40). Rio de Janeiro: Garamond.

Machado, M. N. M. (2002). *Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador-entrevistado*. Belo Horizonte: C/Arte.

Maia, R. C. M. & Fernandes, A. B. (2002). O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. In *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais. 17 (48), 157-171.

Mainueneau, D. (2000). *Termos-chave da Análise do Discurso*. 1a reimpressão. Belo Horizonte: Ed. UFMG.

Marçal Ribeiro, P. R., (1997). Notas de um estudo acerca da história da psiquiatria infantil. In *Cadernos do IPUB*. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ. (08), 89-98.

Mari, H., Machado, I. D. & Mello, R. (Orgs.). (2001). *Análise do Discurso: fundamentos e práticas*. Belo Horizonte: Núcleo de Análise do Discurso, FALE/UFMG.

Martins, H. T. S. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. In *Educação e Pesquisa*, São Paulo: FEUSP, 2 (30), 289-300.

Mendonça, M. H. M. (2002). O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. In *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. (18), 113-120.

Minayo, M. C. S. (1993). Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In Minayo, M. C. S. (Org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. (pp. 9-21) Petrópolis: Vozes.

Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8a ed. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco.

Ministério da Saúde. (2004). *Legislação em saúde mental, 1990-2004*. Brasília/DF: Ministério da Saúde. 5a ed.

Ministério da Saúde. (2004a). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília/DF: Ministério da Saúde.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria – desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Nicácio, F., Amarante, P. & Barros, D. (2005). Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In Amarante, P. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. (pp. 195-214). Rio de Janeiro: Nau.

Nick, E. & Oliveira, S. B. (1998). Tendências políticas em saúde mental no Brasil. In *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional Ltda. 47(11), 583-589.

Orlandi, E. P. (1987). *A Linguagem e seu Funcionamento. As formas do discurso*. Campinas: Pontes.

Orlandi, E. P. (2005). *Discurso e Texto: formulação e circulação dos sentidos*. São Paulo: Pontes.

Passeti, E. (2008). Crianças carentes e políticas públicas. In Priore, M. (Org.). *História das crianças no Brasil* (pp.347-63). São Paulo: Contexto.

Passos, I. C. F. (2003). A questão da cidadania do louco. In Guerra, A. M. C., Kind, L., Afonso, L. & Prado, M. A. M. (Orgs.). *Psicologia Social e Direitos Humanos* (pp.159-170). Belo Horizonte: Edições do Campo Social.

Passos, I. C. F. (2004). Razão e loucura: a querela entre Foucault e Derrida. In Belo, F. & Passos, I. C. F. (Orgs.). *Na companhia de Foucault - 20 anos de ausência*. (pp. 29-45). Belo Horizonte: FALE/UFMG.

Passos, I. C. F. (2009). *Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte: Argventvm.

Passos, I. C. F. (2009a). *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Patto, M. H. S. (1997). *Introdução à Psicologia escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pechêux, M. (1998). Sobre os contextos epistemológicos da Análise de Discurso. In: Marshall, A. M. D. & Rosário, H. M. (Trad.) *Cadernos de Tradução nº.1- Instituto de Letras*. (pp. 47-55). Rio Grande do Sul: UFRGS.

Pessoti, I. (1996). *O século dos Manicômios*. São Paulo: Editora 34.

Ratton, Helvécio. (2009). Em nome da razão [CD]. Belo Horizonte: Quimera filmes.

Resende, H. (2001) Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão Histórica. In Tundis, S. & Costa, N. (Orgs.) *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil* (pp. 15-73). Petrópolis: Vozes, 7a Ed.

Ribeiro, P. R. M. (2006). História da Saúde Mental Infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. In *Psicologia em Estudo*. Maringá: PR. jan./abr. 11(1), 29-38.

Ribeiro, A. S., Silva, A. C. & Santos, R. S. (2008). Saúde Mental no Centro-oeste mineiro: um estudo sobre destinos, afetos e resistências. In *Anais eletrônicos do I Colóquio internacional Afetividades e Afetos*. Belo Horizonte: UFMG, 14 a 16 de

maio de 2008. Recuperado em 15 de dezembro de 2011, de <http://www.fafich.ufmg.br/atividadeseafetos/teste1/48/trabalho2.pdf>

Ribeiro, F. J. R. (2011). *Da Razão ao Delírio - Por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura*. Curitiba: Juruá.

Rizzini, I. & Pilotti, F. (Orgs.). (2009). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. 2a ed. revista. São Paulo: Cortez.

Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (1998). *Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP USP/ CAPES. Ribeirão Preto: Editora Legis-Summa.

Rorty, R. (1997). *Objetivismo, relativismo e verdade. Escritos filosóficos I*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Sales, M. (2011). *Labirinto do Trágico - Foucault e a experiência da loucura*. Rio de Janeiro: Achiamé.

Sampaio, C. A. (2002). Na clínica com crianças porquê escutamos os pais? In: *Revista de Psiquiatria e Psicanálise com crianças e adolescentes*. (xerocopiado).

Santos, M. A. C. (2008). Crianças e criminalidade no início do século. In Priore, M. (Org.). *História das crianças no Brasil* (pp.210-230). São Paulo: Contexto.

Silva, M. E. (2003). Saúde Mental Infante-Juvenil: a experiência do CERSAMI. In Guerra, A. M. C. & Lima, N. L. (Orgs.). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental*. (pp.227-235) Belo Horizonte: Autêntica.

Silva, R. P. (2009). Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. In *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, 12(1),195-208.

Schmid, P. (2004). Pensando a rede de saúde mental infante-juvenil no Rio de Janeiro e os casos graves. In Ferreira, T. (Org.). *A criança e a saúde mental - Enlaces entre a clínica e a política* (pp.111-127). Belo Horizonte: Autêntica.

Teixeira, R. (1998). Projeto Arte da Saúde: ateliê de cidadania - Entrelaces. In Campos, C. R., Malta, D. C. & REIS, A. T. *et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte reescrevendo o público* (pp. 177-181). São Paulo: Xamã.

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In *História, ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. jan-abr 9(1), 25-59.

Vidigal, T. (Produtor), & Rattton, H (Diretor). *Em nome da razão* [documentário]. Minas Gerais: Associação Mineira de Saúde Mental & Grupo Novo de Cinema e Televisão.

Viganó, C. (1999). A construção do caso clínico em psicanálise. In *Curinga*. Belo Horizonte: EBP-MG, (13), 50-59.

Vizzotto, M. M. & Coga, S. (2003). Saúde Mental em Saúde Pública: um percurso histórico, conceitual e as contribuições da psicologia neste contexto. In *Psicólogo inFormação*. São Bernardo Campo: SP, 6/7 (6/7), 95-123.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semi-estruturada com profissionais da rede de atenção à infância do município de Santa Luzia - MG

Objetivo: esta entrevista tem por objetivo aprofundar a análise sobre os modos de percepção dos trabalhadores da rede ampla de atenção à infância de Santa Luzia sobre o sofrimento psíquico em crianças.

Os entrevistados serão profissionais que trabalham diretamente com o atendimento de crianças na rede de atenção à infância de Santa Luzia, previamente escolhidos, a partir dos critérios definidos no projeto de pesquisa, da indicação feita pelos coordenadores dos serviços e das observações realizadas pelo pesquisador.

- Apresentação do entrevistador;
- Apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ler e tirar as possíveis dúvidas);

Cabeçalho:

Nome do profissional entrevistado _____

Instituição/serviço _____

Cargo/função na instituição _____

Formação acadêmica e profissional _____

Tempo de atuação na rede de atenção à infância de Santa Luzia _____

Tempo de serviço nesta unidade _____

Telefone/ e-mail _____

Questões de pesquisa:

1) Na instituição em que você trabalha (Escola, Conselho tutelar, Unidade básica de saúde), que tipo de problema vocês tem enfrentado com relação às crianças? (explorar o problema com o entrevistado, o que tem sido mais difícil, etc.)

2) Vocês também lidam com adolescentes. Você vê diferenças entre crianças e adolescentes? Até que idade é criança ou adolescente? Tem diferenças entre crianças e adolescentes? Os problemas que eles apresentam são diferentes?

3) Com relação às crianças, quando vocês não conseguem resolver esse tipo de problema relatado, vocês encaminham para outros profissionais? Por exemplo, quando vocês precisam de ajuda, que tipo de encaminhamento você costuma fazer, para onde? (existem alguns problemas mais tranquilos que vocês resolvem aqui mesmo? Que tipo?)

4) Quais são os lugares que vocês acionam/solicitam ajuda, para resolver o problema de uma criança? (tem algum desses serviços que vocês mais acessam?)

5) a) Como é feito isso, dá certo? Existe algum caso que precisa de outro tipo de serviço? Acontecem casos de saúde mental? b) Em que situações você acha que deve encaminhar a criança para lá? O que te motiva a fazer o encaminhamento da criança para lá, o que acontece? (E vocês tem uma boa relação com o CAPSi, conhecem o local, alguém do CAPSi já veio aqui? o que você espera dele, que tipo de ajuda?)

b) Me conte um caso que vocês encaminharam para lá. Como foi?

6) Você tem notícias dos casos que estão sendo acompanhados no CAPSi? O que você acha do tratamento lá? Você percebe alguma mudança na criança? (se aparecer é o comportamento? A que você acha que se devem essas mudanças?)

7) Além do CAPSi, você sente a necessidade de mais profissionais especializados em saúde mental? Você já mandou casos para outros profissionais especializados? (outros psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, etc.)

8) Quando você recebe o retorno da saúde mental (CAPSi) de que uma criança que foi acompanhada pelo serviço já está de alta e pode continuar suas atividades sem a necessidade do acompanhamento deles como você costuma fazer? O que se passa na sua cabeça? E com quais estratégias você geralmente conta, algum outro acompanhamento?

9) Você acha que uma criança pode ficar doida, louca? (ver com o entrevistado a se há diferença entre deficiência e loucura)

10) Você gostaria de acrescentar algo, dizer alguma coisa, que não foi perguntado e que você considera importante?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação de profissionais do CAPSi na Roda de Conversa

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) de uma pesquisa de mestrado. A seguir serão apresentadas informações e esclarecimentos a respeito da proposta do trabalho. Caso aceite fazer parte do estudo assine ao final deste

documento nas duas vias. Uma delas é sua e a outra é do responsável pelo trabalho. Se não desejar participar, você não será penalizado(a) de maneira alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE DE ATENÇÃO À INFÂNCIA SOBRE A LOUCURA EM CRIANÇAS: POSSÍVEIS IMPASSES PARA O OBJETIVO DE (RE)INSERÇÃO SOCIAL PROPOSTO PELO ATUAL MODELO BRASILEIRO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Pesquisador Responsável: _____

Telefones para contato: _____

Pesquisadores participantes: _____

Telefones para contato: _____

O objetivo deste estudo é o de compreender os discursos produzidos pela rede de atenção à infância do município de Santa Luzia sobre a loucura em crianças e como estes discursos podem materializar-se na prática de encaminhar crianças para tratamento especializado no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil). Este estudo se justifica pelo fato de que, apesar dos reconhecidos avanços da reforma psiquiátrica brasileira no que se refere à infância, existe certo silenciamento para tratar de suas questões. Como membro da equipe do CAPSi do município de Santa Luzia, sua colaboração para a pesquisa será no sentido de participar da roda de conversa, no intuito de colaborar para a identificação das unidades dos setores da rede de atenção à infância do município que mais encaminham crianças e para tratamento no CAPSi e, principalmente, contribuir para com a discussão referente aos objetivos da pesquisa e as possíveis unidades a serem pesquisadas. O estudo não apresentará nenhum tipo de risco ou prejuízo, como no caso de gastos financeiros ou outro tipo de contrapartida, a você ou a outros participantes. Você não receberá nenhum pagamento por sua colaboração, e a qualquer momento poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar este consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através desta pesquisa são sigilosas e não permitirão a identificação da sua pessoa, seja pelo nome ou qualquer outro tipo de dado ou elemento, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Sempre que você desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____
 _____, RG _____,
 representante da instituição _____, concordo

em participar como informante da pesquisa A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE DE ATENÇÃO À INFÂNCIA SOBRE A LOUCURA EM CRIANÇAS: POSSÍVEIS IMPASSES PARA O OBJETIVO DE (RE)INSERÇÃO SOCIAL PROPOSTO PELO ATUAL MODELO BRASILEIRO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como a ausência de riscos decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que minha identidade será mantida em sigilo, e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Caso aconteça alguma irregularidade, o participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, conforme endereço abaixo.

Nome do(a) entrevistado(a)

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Nome do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

Nome do pesquisador participante

Assinatura do pesquisador participante

Local e data

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação de profissionais da rede de atenção a infância nas Entrevistas

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) de uma pesquisa de mestrado. A seguir serão apresentadas informações e esclarecimentos a respeito da proposta do trabalho. Caso aceite fazer parte do estudo assine ao final deste documento nas duas vias. Uma delas é sua e a outra é do responsável pelo trabalho. Se não desejar participar, você não será penalizado(a) de maneira alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE DE ATENÇÃO À INFÂNCIA SOBRE A LOUCURA EM CRIANÇAS: POSSÍVEIS IMPASSES PARA O OBJETIVO DE (RE)INSERÇÃO SOCIAL PROPOSTO PELO ATUAL MODELO BRASILEIRO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Pesquisador Responsável: _____

Telefones para contato: _____

Pesquisadores participantes: _____

Telefones para contato: _____

O objetivo deste estudo é o de compreender os discursos produzidos pela rede de atenção à infância do município de Santa Luzia sobre a loucura em crianças e como estes discursos podem materializar-se na prática de encaminhar crianças para tratamento especializado no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil). Este estudo se justifica pelo fato de que, apesar dos reconhecidos avanços da reforma psiquiátrica brasileira no que se refere à infância, existe certo silenciamento para tratar de suas questões. Como membro da rede de atenção à infância do município de Santa Luzia, sua colaboração para a pesquisa será no sentido de participar das entrevistas individuais, no intuito de conhecer sua instituição, o seu público alvo, as atividades desenvolvidas, os objetivos esperados e os resultados alcançados e, principalmente, a relação estabelecida entre a instituição na qual você se insere e o CAPSi. O estudo não apresentará nenhum tipo de risco ou prejuízo, como no caso de gastos financeiros ou outro tipo de contrapartida, a você ou a outros participantes. Você não receberá nenhum pagamento por sua colaboração, e a qualquer momento poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar este consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através desta pesquisa são sigilosas e não permitirão a identificação da sua pessoa, seja pelo nome ou qualquer outro tipo de dado ou elemento, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Sempre que você desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____,
 RG _____, representante da
 instituição _____, concordo
 em participar como informante da pesquisa A PERCEPÇÃO DOS
 TRABALHADORES DA REDE DE ATENÇÃO À INFÂNCIA SOBRE A LOUCURA
 EM CRIANÇAS: POSSÍVEIS IMPASSES PARA O OBJETIVO DE (RE)INSERÇÃO
 SOCIAL PROPOSTO PELO ATUAL MODELO BRASILEIRO DE REFORMA
 PSIQUIÁTRICA. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador
 sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como a ausência de
 riscos decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que minha identidade
 será mantida em sigilo, e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento,
 sem que isto leve a qualquer penalidade. Caso aconteça alguma irregularidade, o
 participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da
 UFMG, conforme endereço abaixo.

 Nome do(a) entrevistado(a)

 Assinatura do(a) entrevistado(a)

 Nome do pesquisador responsável

 Assinatura do pesquisador responsável

 Nome do pesquisador participante

 Assinatura do pesquisador participante

Local e data