O campo da Psiquiatria infantojuvenil e a multiprofissionalidade: saberes e práticas em disputa

Resumo

O objetivo deste trabalho é apresentar discussões sobre os estudos sociais da ciência e tecnologia focados no campo psiquiátrico infantojuvenil, a partir das contribuições dos conceitos de Pierre Bourdieu. O objetivo geral é contribuir para reflexões sobre como o lidar com a criança e o adolescente diagnosticados com transtorno mental vem se construindo no Brasil, considerando os impactos que a ciência e técnica psiquiátrica causam na concepção da política pública de saúde mental e nas subjetividades e vivências dos usuários dos Centros legislados para tratar de tal população. A partir da teoria campo-habitus apresentam-se considerações das ações dos multiprofissionais constituintes de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e suas relações com o paradigma psicossocial e a epistemologia médica-psiquiátrica baseada no tratamento medicamentoso. Os apontamentos são dados de uma pesquisa em andamento, levantados a partir da literatura que aborda a questão da atuação em equipe multiprofissional dos trabalhadores de saúde mental de CAPS e a partir de pesquisa de campo baseada em um estudo de caso em um CAPSi do estado de São Paulo. O foco dá-se em abordar a relação dos agentes da equipe entendendo-os como implementadores dos critérios da Política Nacional de Saúde Mental e como construtores de heterodoxias diárias e seguidores de ortodoxias, considerando a relação do status profissional médico e as outras profissões. Apresentam-se também considerações sobre a relação dada entre o cuidar monológico do profissional-cientista-agente e a constituição da autonomia e cidadania de indivíduos tutelados à tais práticas, sob olhares de entendimentos de “fragilidade” e “proteção”. A partir dos questionamentos suscitados, pretende-se inserir o campo CTS na discussão sobre os cuidados da saúde mental das crianças e dos adolescentes, ainda repleta de lacunas na literatura e escassa de investigações e avaliações da política que guia o tratamento público.

Palavras-chave: ciência psiquiátrica – Psiquiatria infantil – política pública de saúde mental - teoria geral dos campos – multidisciplinaridade.

Introdução

A partir dos estudos CTS, tem-se que a ciência e o contexto social relacionam-se de modo interferencial; tendo a ciência força e autoridade para auxiliar na mudança da mentalidade social enquanto ela mesma é formada por essa. Aqui, nossa temática pautada na ciência psiquiátrica e seus aparatos tecnológicos voltados aos cuidados e assistência de crianças e adolescentes, permite refletir sobre a conexão apontada, ou seja, sobre as dimensões sociais na formação da ciência e tecnologia psiquiátrica e seu momento atual. O objeto dessa ciência, a doença mental, é algo mutável, que se define conforme espaço-tempo, assim como suas bases explicativas e terapêuticas, ou seja, o objeto e o produto científico são entendimentos plásticos e não fixos.

Vivenciamos atualmente o paradigma de atenção psicossocial como forma de lidar com os doentes mentais; emergido por um processo reivindicatório por ações reformistas no *know how* psiquiátrico, ocorrido juntamente com movimentos sociais anti-estatais brasileiros em época ditatorial e também com movimentos globais críticos aos caminhos da ciência e da tecnologia. Sob tal paradigma estão as instituições de saúde pública, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que são as concretizações das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) preconizadas sob os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais Centros, divididos em modalidades e especificidades[1], oferecem serviços **multi**profissionais e de inserção social e cuidado integral a suas demandas; assim visando a quebra da hierarquia científica baseada restritamente em conceitos médicos e também a integração desses Centros de saúde com outros serviços, de saúde ou não, disponíveis para a assistência em rede e proteção dos usuários. É visado a partir de tais construções, o bem-estar tanto individual quanto coletivo, e trazemos aqui a relevância em dar atenção à tais práticas e objetivos, dado o histórico psiquiátrico ter se desenrolado entremeado à práticas de controle moral e concepções estigmatizantes e opressoras.

Embora o paradigma psicossocial seja oficialmente a direção tomada pela PNSM, em suas profundezas apontam-se resquícios ainda problemáticos que carregam o fardo do histórico citado. A partir dessas considerações, apontaremos durante o texto os percursos

[1] Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que assiste adultos com transtornos mentais, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) que assiste crianças e adolescentes de 0 a 18 anos completos e Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS ad). Suas formas de composição de equipe e tempo de atendimento também são diferentes, dependendo da população territorial que abrange sua instalação.

sócio-históricos da formação da prática psiquiátrica voltada aos infantojuvenis visando como tal interfere em sua organização atual; apontaremos as contribuições teóricas de Pierre Bourdieu para elucidar a temática de nosso interesse, baseando-nos no movimento do campo psiquiátrico para se legitimar sob o paradigma de atenção psicossocial, juntamente com as ações dos agentes profissionais do campo da saúde mental.

Entre regras e cérebros: a ciência psiquiátrica e ressignificações morais

A Psiquiatria emerge como ciência a partir do advento do processo industrial-urbano que se dá *pari passu* ao processo de imposição científica, objetivista e positivista de validação de verdades. A prática psiquiátrica encontra no **louco** seu objeto de intervenção, justificando a necessidade de intervenção terapêutica à sua anormalidade, até então excentricidade explicada por concepções não-científicas, como a religiosa e as práticas de despossessão, beberagens e benzeduras aos indivíduos de comportamentos *diferentes* do padrão *normal* social. Ao relegar outras explicações ao terreno da crendice em busca de legitimidade científica para sua existência, a Psiquiatria encontra dificuldade em ser reconhecida em seu campo de atuação - o campo médico - por lidar com doenças abstratas, da mente e não com doenças físicas e orgânicas; não apresentando um agente etiológico ou qualquer aspecto lesional que lhe afirme a existência, perambulando entre o comportamental e moral. Assim, a validação de suas ações em corpos e mentes foi encontrada ao se sintonizar aos projetos políticos emergentes em organizar o meio urbano encontrando nos *desviantes* das normas sociais seus objetos de intervenção.

Essa aliança da Medicina psiquiátrica com estratégias estatais tem suas primeiras sistematizações na França, onde a corrida por legitimidade científica leva à internações generalizadas nos Asilos - até então religiosos e filantrópicos - transformados em hospícios. A concentração de *doentes mentais* em uma instituição, e o almejo de autoridade científica e social, culmina nos critérios terapêuticos *morais* de Philippe Pinel[2]; sendo nesse mesmo território o desenvolvimento das concepções de Bayle, que dão o germe da Psiquiatria biológica, que aponta a existência de lesões cerebrais interferindo nos modos de ser e agir dos indivíduos; demonstrando-se substratos anátomo-patológicos de manifestações psicopatológicas típicas, evolutivas e

[2] O percurso dessa medicina voltada ao macro e microssocial é bem delineada na obra *O nascimento da clínica* de Michel Foucault. Sobre o advento psiquiátrico emergente nas criações dos hospícios em Paris e o início da legitimidade nesse agir, tem-se um amplo levantamento arqueológico feito pelo mesmo autor em *História da loucura na Idade Média*.

universalmente observáveis. A tradição pineliana que era hegemônica e que considerava a alienação mental como expressão de desregramentos morais entrava em crise. Destaca-se também, o desenvolvimento de laboratórios para a pesquisa fisiológica na Alemanha, o que foi falho na França, dando à Psiquiatria alemã dominância para discursar sobre as bases orgânicas da mente, tendo em Emil Kraepelin seu reconhecimento.

No Brasil, a disseminação dessas concepções é dada através da instalação da Corte Portuguesa que trouxe a necessidade de repensar a cidade, sendo as intervenções da aliança entre o campo político e o campo científico também propiciada em nossas terras; e também é dada pelas ideias de médicos brasileiros que se formavam no exterior, principalmente na Europa, o que leva à poucas possibilidades de construção de teorias locais. As primeiras instalações de hospícios dão-se no estado do Rio de Janeiro, na capital, em 1852 sob a influência da lei francesa em seu regimento interno (denominado Hospício Dom Pedro II ou Hospital de Alienados[3]); e em 1901 no estado de São Paulo, no então município de Juqueri (atual Franco da Rocha), sob influência da Psiquiatria Alemã, que posteriormente desenvolve e dissemina ideais eugênicos na década de 1930, trazendo consequências estigmatizantes a outros grupos das cidades.

Quanto às crianças e os adolescentes, consideramos a germinação da empreitada dessa subespecialidade médica dada através dos preceitos profiláticos da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), constituída na década de 1920, que compreendia o louco como *perigo social* e agia com medidas **preventistas** contra a insanidade e delinquência, sob explicações xenofóbicas, eugênicas, racistas e moralistas que possuíam explicações científicas contextualizadas na ideologia da época.

Na década seguinte, nos Estados Unidos, considerações acerca das doenças mentais de crianças são sistematizadas e unificadas por Leo Kanner, que valida a Psiquiatria infantil, diferenciando-a da Psiquiatria geral, reconhecendo um **eu** infantil autonomizado das características adultomorfas. Através das noções psicanalíticas que buscam no passado do sujeito adulto em sofrimento as explicações para seus sintomas, a Psiquiatria encontra a base para se apoderar do processo de produção do **devir** humano (FOCAULT, 2006), já que emerge em suas especificações voltadas aos "menores" sob a

[3] Termo cunhado por Pinel. *Alienus*: alheio, estranho, aquele que deve ser mantido longe. É interessante notar a mudança nos termos referentes às concepções de anormalidades mentais, sendo os indivíduos taxados inicialmente como alienados, depois como doentes mentais e atualmente como portadores de transtornos mentais (denominações adotadas por documentos oficiais brasileiros).

noção de *desenvolvimento*, entendendo-os como moldáveis, ajustáveis e então propícios para a recepção de intervenções; dando acesso a proliferação de discursos e ações sobre os corpos e as mentes desse grupo.

Os processos apontados deram-se *pari passu* ao processo de escolarização, o que facilitou e fortaleceu os objetivos preventistas baseados em alcance de valores de ideais burgueses. Convergindo em prol de um controle sócio-moral; como posto por Machado (1978), tem-se o nascimento de um "instrumento de prevenção" a partir das ações que ativaram o processo de moralização para "aperfeiçoar o homem", com médicos e psiquiatras colaborando para a criação de uma "nação próspera, moderna e mais saudável" (ARRUDA, 1995). Segundo Oliveira (2008), a educação disseminada dava-se em vista de cura para males sociais objetivando a integração na nova ordem urbano-social, sob concepções da supremacia branco-europeia e afastamento do passado de nosso país: o negro, entendido como primitivo e degenerado.

É importante apontar que o sentimento de infância emerge em meados do século XVII e XVIII, como evidenciado por Ariès (1981), já percebida como necessitada de controle, que é imposto via família e via saberes científicos e instituições educacionais/corretoras; e também necessitada de cuidado, proteção, ou seja, é entendida sob aspectos de "ausência" e lugar social menor, delegando a "adultos responsáveis" suas vontades e necessidades. Desenrolando-se através de bases explicativas de prevenções, as medidas de saúde e as medidas coercitivas criadas para cuidar **e** controlar os infantojuvenis misturam-se.

Diante essas assertivas, releva-se voltar a atenção a existência de um *continuum* dessa relação, questionando a forma da ciência e da tecnologia psiquiátrica atual que se dá em aparatos tecnológicos de cuidados da saúde mental legislados pela política pública de saúde, estando esses entre o projeto político e científico de prevenção da doença mental. Assim, em busca dos impactos que a ciência psiquiátrica e suas construções nas esferas políticas, sociais, familiares e individuais, temos como norte um estudo de caso, em andamento, em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) em um município do interior do estado de São Paulo.

Nesta apresentação, visamos apontar alguns dados que já puderam ser levantados e que contribuem para as reflexões que trazemos aos CAPSi de modo global, colocando que a ênfase no particular não é um reducionismo ao individual, já que o individual e o

todo constroem-se mutuamente; portanto, refletir sobre o "um" tem relevância e importância para se refletir sobre sua interação com o todo, com a estrutura. Assim, ao abordarmos percepções e problemáticas dadas no CAPSi em questão é possível também abordar percepções de problemáticas condizentes a própria estrutura dos CAPSi.

Os CAPS dão-se como os instrumentos e as apostas do Estado brasileiro para a garantia dos direitos dos doentes mentais exigidos pós-Reforma Psiquiátrica (RP), movimento social que pululou em diversos territórios pós-II Guerra Mundial; que ressalvo suas diferenças contextuais*, convergem no objetivo de reivindicar novos modos de lidar com o paciente mental, denunciando a "desumanização" das práticas de até então, em que os tratamentos psiquiátricos eram essencialmente dados por instituições segregadoras e cronificadoras. Assim, fissuras nessa prática são feitas e emerge o paradigma de cuidado extra-hospitalar baseado na multiprofissionalidade e inserção social.

Com isso, na década de 1970 o campo da saúde mental orienta-se a partir de práticas de atenção psicossocial que visam cuidar e assistir o paciente mental em diferentes esferas (biológica, psicológica e social) de sua vivência (COSTA, 1989). Porém, questionamos o alcance desse objetivo dado que os serviços do CAPS são guiados por critérios definidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM, sigla em inglês) instrumento psiquiátrico *per se;* produzido pela associação de Psiquiatria Americana (APA), o que evidencia a base epistemológica hierarquizada desse campo pretendido multidisciplinar.

Os pedidos reformistas ao fazer psiquiátrico conectam-se ao surgimento do Movimento CTS, impulsionador crítico e reflexivo dos avanços científico e tecnológico que atenta às implicações éticas e sociais relacionadas aos seus usos. Tais pedidos também estão imersos ao contexto de renascimento dos movimentos sociais e redemocratização brasileira; e são interferidos e fortificados pelo movimento da Reforma Sanitária (RS), também oriunda de articulação social – que podem encontrar suas origens nas lutas populares contra a Ditadura Militar, que tomaram conta de vários setores da sociedade. Quanto as práticas *psi* nesta época, além da psiquiátrica de nosso interesse, destacamos o posto por Yamamoto e Oliveira (2010) que afirmam a Psicologia como profissão objetivar a docilização de indivíduos; como o também apontado por Coimbra (2008) que denuncia a conivência dessa mesma ciência e prática com a ideologia ditatorial, produzindo *subversivos* a partir de caracteres de doença, desajuste, uso de

drogas, desadaptação, desestruturação ou carência. Assim, as práticas atuais ao lidar com a saúde mental, que estão "além" da Psiquiatria, sob o paradigma multiprofissional, merecem atenção, já que também carregam resquícios de fardos sócio-históricos em sua base epistemológica.

Para refletir sobre o caminhar aos ideais almejados pelas mudanças pós-RP, destacamos a demanda pela procura aos serviços ofertados pelo CAPSi estudado ser em sua maioria encaminhamentos do campo jurídico e do campo escolar, o que evidencia o ainda não-lugar funcional social dessa(s) instituição(ões) que apontam características disciplinatórias, trazendo ao seu uso um certo envolvimento com a questão de "castigo". Destacamos também, a existência do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD), criado em 2009, que nos guia diante as questões que vimos mencionando. Segundo Miguel *et al.* (2009), o objetivo do Instituto é identificar indivíduos de risco por testes de intervenções **antes** da manifestação da doença, almejando colocar a Psiquiatria no **mesmo compasso** que outras especialidades médicas; ou seja, nota-se a **ainda** busca de maior prestígio dentro de seu campo de atuação e a problemática de se basear em *incertezas* tanto do "devir" da doença mental quanto do "devir" que a infância carrega; o que contribui para a "massificação" da doença mental e para a criação de dispositivos *psi* sob a premissa de proteção, a partir da imposição de corretivos desde a mais tenra idade.

O até então apresentado, que nos traz questões sobre impacto de práticas e ações de saúde mental em vivências, o *link* da ciência com a política e a necessidade de aprofundarmos as considerações sobre a naturalização dos tratamentos à crianças e adolescentes; pode ser elucidado a partir da abordagem de Pierre Bourdieu e a teoria geral dos campos e a relação campo-*habitus,* que apresentamos a seguir.

A Psiquiatria sob a abordagem de Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu (1930-2002) entende o macrocosmo social dividido em partes denominadas **campos** que são movimentados por agentes, estando os campos e os agentes em constante interferência relacional, geracional e conflitual; ou seja, os agentes possuem capacidade de transformar o campo, assim como o campo transforma os agentes. Os campos são entendidos como espaços simultaneamente interconectados e independentes, ou seja, dependem um do outro ao mesmo tempo que possuem certa autonomia; assim como também possuem propriedades universais **e** características específicas. A partir

dessa visão *relacional* – o todo e a parte, a estrutura social e o indivíduo, o campo e o agente – esse autor interpreta e estuda vários campos diferentes, sendo o de nosso interesse o campo científico. Adotaremos para o viés explicativo neste trabalho apenas algumas de suas contribuições, como o conceito de *doxa*. Apontamos que Bourdieu (1983; 2004) ao conceber essa teoria *relacional*, concebe a estrutura social como dinâmica, o que a faz ser moldável. Quanto ao campo científico psiquiátrico de nosso interesse e a corporificação de seus preceitos científicos e diretrizes políticas dadas pela PNSM nos CAPSi, entendemos os multiprofissionais constituintes desses Centros como agentes implementadores da política em questão assim como propulsores de saberes e técnicas científicas. Assim sendo, entendemos esses trabalhadores da saúde mental como agentes bourdieusianos, que se guiam pelo *habitus*, entendido como a internalização das regras do campo; uma espécie de programa que rege ações infra-conscientes. Tais internalizações os "prendem" como também lhes dá "liberdade" para modificar o campo, o que divide os agentes de um campo em *ortodoxos*, os que aceitam o que é disseminado no campo, e *heterodoxos*, os que não aceitam o que é disseminado no campo. Ainda, Bourdieu (2004; 2004a; 2011) aponta que as ações dos agentes em um campo dependerá de sua posição dentro desse campo; sendo os ortodoxos os dominantes – que não querem que o campo se modifique, já que estão em posições privilegiadas – e os heterodoxos os dominados, que podem querer mudar o campo a seu favor ou são "manipulados" pelos ortodoxos e então aceitam suas posições.

Outros dois conceitos que auxiliam a explicação das ações dos agentes são ***Illusio*** e **Libido**, que estão relacionados e podem ser definidos como: o primeiro carrega a crença de perspectiva de "crescimento" ou seja, o dominante dá ao dominado a ilusão de ocupar o seu lugar; embora aja apenas com estratégias para conservação de sua posição (BARROS FILHO, 2013); e o segundo é a operação social de direcionamento do gasto de energia para certas conquistas. Assim, as estratégias de conservação ou subversão dos campos existem por causa da *illusio* que é guiada pela libido (BOURDIEU, 2011).

Diante o exposto, tomaremos essa visão *conflitual* dos campos para explicitar os apontamentos de nosso interesse. Primeiro, elucidamos nosso entendimento que o campo da **saúde mental** é atualmente composto, de acordo com o nosso foco, pelo (sub)campo psiquiátrico e pelo (sub)campo da atenção psicossocial; sendo aquele dominante; que como afirmado por Telles (2006), "pode-se concluir que existe uma relação de quase equivalência entre saúde mental e psiquiatria [em que] os fundamentos teóricos e as

transformações verificadas na clínica psiquiátrica ao longo dos anos acabaram por definir os principais modelos de compreensão e de abordagem da saúde mental" (TELLES, 2006, p. 164- 165). E mais, diante essa hierarquia científica o campo da atenção psicossocial acaba - por necessidade de continuar legitimando sua existência e dominando seu objeto, o doente mental – criticando apenas superficialmente o campo psiquiátrico, já que necessita do aparato desse para prosseguir validando sua essência existencial. A doença mental como objeto de ambos os subcampos é definida pelo campo psiquiátrico através do DSM, que é o instrumento que guia o campo da atenção psicossocial em suas formas de triar, cuidar, assistir e lidar dadas pelos agentes dos CAPSi; e portanto, não há profundas críticas à seu uso, pois ao atacar esse instrumento do campo alheio ataca à si próprio.

Porém, em pesquisa de campo no CAPSi estudado, os profissionais não-médicos da equipe[4] alegaram que não concordam com alguns diagnósticos dados pelo profissional médico do Centro e então fazem um outro tipo de tratamento *de baixo dos panos*, o que aferimos haver pouco (ou nada) de questionamento **verbalizado**. Questionamos a possibilidade de "perda" de poder psiquiátrico silenciosamente através do não-oficial acontecendo no dia-a-dia dos serviços ser possível (ou mesmo visada) sem mudança na base dominada pelo campo científico da Psiquiatria. Há possibilidade de heterodoxia diante ausência de verbalização de discordância e embate ao *status* médico? Há possibilidade de heterodoxia sendo as discussões **restritas** ao diagnóstico e ao modo de tratar **presa** à esse diagnóstico?

A construção de uma rede de atenção psicossocial ainda enfrenta problemáticas disseminadas amplamente, o que leva à autoridades discursarem sobre as fraquezas da constituição política dos CAPS, como a falta de avaliações para se saber de suas reais eficácias; a falta de dados estatísticos para poder ter um trabalho voltado para a comunidade em que atua e a falta de recursos para cuidar de usuários "mais graves". Essas críticas são evidentes nas posições adotadas pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que critica os investimentos em tais serviços terapêuticos por conta de não haver investimentos conjuntos aos serviços hospitalares, defendendo que a rede se dará entre ambos os serviços; entendendo como prejuízo a "capsização" legitimada no campo

[4] Os recursos humanos definidos para a atuação no CAPSi dão-se multiprofissionalmente, como já se sabe. Quanto ao profissional médico das equipes, as preconizações políticas são a presença ou de um psiquiatra ou um neurologista ou um pediatra com formação em saúde mental.

político. Assim, notamos o embate entre campos, que pela visão bourdieusiana, interpretamos a ABP como inserida ao subcampo psiquiátrico dentro do campo da saúde mental e o CAPS como inserido ao subcampo da atenção psicossocial nesse mesmo campo; sendo os dois subcampos inseridos em campo científico e campo político o que conflui à criação de práticas da PNSM de forma misturada, ao considerar o todo do campo da saúde mental.

Em um constante movimento para se legitimar, defendendo-se e articulando-se, a Psiquiatria continua legitimando sua essência existencial a partir de modificações necessárias para tal. Engloba outras esferas explicativas traduzindo-as às suas bases explicativas. Diante o até então apresentado, podemos perceber que há um perigo que ronda as formas de subjetivar existências a partir da ciência que culminam em práticas políticas, já que a partir da conexão do projeto político para o futuro com as intervenções científicas – como abordado brevemente a partir de argumentos sócio-históricos – formas de viver podem ser apagadas. Tendo isso como base, explicitaremos a seguir o que as ações dos agentes no campo da saúde mental; no caso, os multiprofissionais do(s) CAPSi; auxiliam em nosso esforço reflexivo sobre a temática deste trabalho, sobre o cuidar monológico e sobre as garantias de "autonomia" de usuários "tutelados".

Os agentes no campo e a produção da infância e da adolescência

Como posto, a noção de criança emerge sob concepção de *vir a ser*, de falta, de ausência, de lugar menorizado e de "mudez". Ao delegar suas vontades aos ideais adultocêntricos, os infantojuvenis tornam-se atores sociais com papeis definidos e não agentes sociais capazes de ações transformativas e voz ativa. No Brasil, é a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), legislado em 1990, sob ares democráticos, que os nortes de entender crianças e adolescentes modificam-se visando dar a essa população primazias e preferências em ações estatais. A situação dos jovens brasileiros nas bases legislativas e solo político foi delineada a partir de noções de pobreza como geradora de "crianças abandonadas" e "jovens delinquentes" e sob a lógica de isolamento e segregação corporificadas em privações por meio de institucionalização que

constituíram a mentalidade social estigmatizante a tal população (BRASIL, 2014), culminando nos Códigos anteriores[5].

Porém, Eduardo e Egry (2010) afirmam que o ECA impulsionou o aumento de programas específicos para a população infantojuvenil sem significar aproximação ao seu objeto, já que a partir dos resultados de sua pesquisa concluem que as instituições percebem a adolescência e o adolescente devestido de sua sociabilidade e historicidade, e que o objeto da atenção continua o adolescente com problemas, e não o sujeito de direitos.

Importante apontar, também, o entendimento da infância e da adolescência nos documentos oficiais que guiam as práticas de cuidados de nosso interesse; que de acordo com Grossman e Cardoso (1997) *apud* Gomes (2009) em análise feita aos documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e do Ministério da Saúde no Brasil, divulgados entre 1976 e 1994, apontam que a definição da adolescência em tais órgãos dá-se por três critérios: 1. Cronológico, 2. Construção de um padrão típico de adolescente e 3. Hegemonia do biológico. Assim, questionamos como se pode construir uma "saúde singular" como requer a concepção de cuidado integral, a partir de bases e guias homogeneizantes, não considerando cada indivíduo em sua peculiaridade? E mais, como respeitar e não patologizar diversidades? Da mesma forma, Oliveira (2008) ao analisar os documentos da ONU, afirma a generalização de definição de um "povo-criança" e que o projeto político de entendê-la como "capital humano do futuro" não os entende como **são**, mas como precisam **tornar-se**.

Apontamos, portanto, a compreensão da ressignificação da Psiquiatria preventiva; instalada desde a escolarização; atualmente pelas práticas do INPD[6], da sociedade em geral e também dos CAPSi. Segundo Lima e Caponi (2011), a saúde mental e suas considerações baseadas na Psiquiatria atual baseiam-se no medo de um futuro incerto que

---

[5] Decreto nº 17.943-A de 1927, conhecido como Código Mello Mattos e Código de Menores de 1979 (Lei nº 6.697), que se dão, juntamente com o ECA como as legislações que marcaram transformações jurídica e social à população infantojuvenil.

[6] As práticas do INPD podem ser encontradas no *Projeto Atenção Brasil* (2010), cujo objetivo é identificar fatores de risco e proteção que viabilizem medidas de prevenção e intervenção ao revelar o retrato da saúde mental das crianças e adolescentes brasileiros, sob a intenção de identificação também de pré-escolares em situação de risco para saúde mental e desempenho escolar viabilizando assim **intervenções psicossociais precoces**.

precisa de especialistas para evitá-lo. Em prevenção a um futuro alarmista; sob divulgações de índices de aumento de doenças mentais e perda de anos produtivos criam-se espaços para gerir riscos - vigiando os indivíduos **em** risco **e** que **causam** riscos - garantindo uma sensação de alívio social, já que há espaços para "colocá-los" e não há necessidade em refletir sobre as causas sociais das problemáticas desses sujeitos.

Juntamente com isso, ainda temos o contexto de vivenciarmos uma sociedade ansiosa e acelerada, em busca de perfeccionismo e de uma "evolução obsessiva" (CORTELLO, 2013). Tal contexto traz os problemas de "massificação" de doença mental, de iatrogenia e de fortalecimento de uma cultura analgésica; pois as crianças que não se encaixam nos aspectos "competitivos e perfeitos" que os adultos esperam podem ser diagnosticadas com algum transtorno mental e então medicalizadas[7].

Colocamos a existência da **dupla tutela** dos infantojuvenis diagnosticados com doenças mentais, no caso, os usuários de CAPSi, já que são submissos tanto em seu "lugar menor" por ainda não ocupar um lugar social reconhecido (adulto **e** produtivo) quanto ao massificá-los em diagnósticos como **os** depressivos, **os** hiperativos, **os** autistas, **os** suicidas e outros; segmentando-os em **grupos** que apagam suas subjetividades. Ainda, apontamos o questionamento de institucionalização de certos sujeitos sociais; notado pelo processo de definição de necessidade de prosseguimento de tratamento dos internalizados do CAPSi ao CAPS[8]. Efeitos de institucionalização em indivíduos foram abordados por Goffman (1974), que alega resultados de fragilidade de existências e evidências de instituições "preventivas" pautarem-se em noções de periculosidade – o que nos dá aval a pressupor, assim como Telles (2006) que a associação entre a ideologia e o saber pode tornar-se menos evidente atualmente, mas não se pode afirmar inexistente. Trazemos a grande necessidade de se questionar se o avanço científico-político-médico contribui à assistência da saúde da população; e se estamos caminhando no sentido de desmontar

---

[7] Sobre a medicalização, apontamos que há predominância em receitar tratamento medicamento aos diagnósticos, por conta de a Psiquiatria atual ser guiada pela Psiquiatria biológica, em explicações neurais, químicas e físicas; emergentes como forma dominante na década de 1980 com a 3ª edição do DSM. Sobre esse processo, consultar BURKLE, T. da S. Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnósticos e estatísticas das perturbações mentais – DSM. Dissertação de metrado, UFRJ. Rio de Janeiro, 2009. Disponível online.

[8] Como já referenciado, a divisão dos CAPS além de especificidades de tipos de transtornos dá-se por faixa etária. Assim, o CAPSi abrange usuários até 18 anos completos; e se necessário de prosseguimento de tratamento, são encaminhados ao CAPS adulto.

toda uma tecnologia que foi criada para normatizar e docilizar os corpos (FOUCAULT, 1978).

Ainda, apontamos as considerações sobre a dificuldade em *dar alta definitiva ao doente mental* contida nos discursos dos profissionais do CAPSi estudado em nossa pesquisa, que apontam a não-credibilidade de eficácia terapêutica e estigmatização comportamental do usuário, denotando a tentativa de transformar o usuário em paciente crônico; além de demonstrar descrédito dos saberes não-técnicos, pois os usuários "fora do CAPS" não são bem cuidados. Segundo Sartori (2011), a permanência no CAPS gera observação de comportamento individual constituindo um saber acumulado e **permanente** sobre o indivíduo; que levam a ações profissionais norteadas pelo o que entendem como necessidades desses usuários.

Assim, um olhar micro às formas que constituem os tipos de serviços é importante, ao considerar que as alterações de contextos alteram a concepção de doença e seus modos de cuidar. É necessário olhar para o que os agentes construtores do campo da saúde mental fazem em relação à autonomia e empoderamento de infatojuvenis usuários de serviços públicos de saúde, inseridos na política do SUS e nos preceitos constitucionais de cidadania e participação social, tão caros pós-ditadura em nosso país.

Considerações e Perspectivas

Como vimos apontando, a prevenção e a multidisciplinaridade não são inovações; são ações científicas legitimadas com base em controle governamental em construção de subjetividades, ou seja, *diagnosticar* não é algo neutro. Ao se argumentar sobre um vínculo indissociável entre saúde pública e segurança e o próprio Estado, chama-se os estudos CTS para o auxílio no entendimento dessa relação, já que sua abordagem auxilia na compreensão de elucidar como as explicações do que é saudável, ou seja, as definições científicas, impactam em vivências e em modos individuais de agir, assim como em modos de como cuidar e prevenir doenças.

Quanto à ciência psiquiátrica, essa prevenção em prol de uma sociedade futura saudável legitimou ações sobre corpos e mentes e micro-ações cotidianas morais e éticas que alcançaram as idades primárias dos indivíduos; pois quanto mais cedo interfere-se em um corpo e em uma mentalidade, mais chances de modificá-la e fazê-la seguir o "caminho certo".

Em busca disso, institucionalizam-se vidas; sendo os indivíduos subjetivados como doentes mentais submetidos a viver dependentes de instituições de cuidados – sejam instituições físicas em si ou metafórica, estando sujeitos à medicalização e tendo que delegar seu modo de viver aos sintomas definidos por cientistas-profissionais. A autoridade científica interfere em desenhos políticos e diretrizes legislativas em como lidar com o público que lhe pertence; no caso apresentado de nossa temática, buscamos demonstrar a relação entre a ciência psiquiátrica voltada aos infantojuvenis e os modos da PNSM de entender como devem ser assistidos.

Evidenciamos que mesmo após as transformações conquistadas pela RP, as críticas do campo psiquiátrico a esse novo paradigma se dão como ações "contra-RP" por não haver plena concordância nas formas de inserção social e multiprofissionalidade que guiam os serviços contextualizados nesse paradigma, de atenção psicossocial. Reclama-se a perda de "espaço" do profissional psiquiátrico; porém, como há essa perda se o próprio campo da saúde mental guia-se pelas definições psiquiátricas de saúde e doença? Entendemos que há a utilização do instrumento DSM por outros campos (não-psiquiátrico) e que tal ato pode constituir em perda de autoridade discursiva sobre seu objeto; porém, como questionado e refletido durante o texto, esse uso é mais legitimador da existência desses outros campos do que um uso que traga perigo ao campo psiquiátrico; já que se tais campos criticarem os critérios do DSM, estarão criticando a sua própria essência existencial e assim a sustentação do campo da saúde mental desabaria.

Quanto às subjetividades, foi-se apresentado e questionado qual o caminho que o *mix* atual que dirige instituições públicas de saúde mental infantojuvenil estão tomando, atentando-nos à bases sócio-históricas ideológicas de prevenção a partir de controle comportamental-social.

Muitas questões surgem e precisam de respostas. A perspectiva contributiva desta apresentação dá-se em gerar pensamentos, como deve ser uma pesquisa: de uma pergunta que está na ponta de uma linha, ao ser puxada, descobre-se um emaranhado de fios; e assim, com a nossa pesquisa e este texto almejamos que sejam traçados outros caminhos que cooperem com estudos acerca da temática levantada.

Referências bibliográficas

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Dora Flaksman (Trad.). 2ª ed., Rio de janeiro: Editora LTC, 1981.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. 2014. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2014/10/diretrizes.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.

BARROS FILHO, C. de. **O campo político**. Espaço Ética, 2013. Vídeo disponível em: < https://www.youtube.com/watch?v=eBuj2kRoMV4>. Acesso em 23 abr. 2015.

BOURDIEU, P. O campo científico. *In* ORTIZ, R. (org.) **Pierre Bourdieu**, São Paulo, Ática, 1983, Col. Grandes Cientistas Sociais.

_____. **Para uma sociologia da ciência**. DUARTE, P. E. (Trad.). Lisboa: Edições 70, 2004.

_____. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. Denise Barbara Catani (Trad.). São Paulo: Ed. Unesp, 2004a.

_____. **Razões Práticas**. Sobre a teoria da ação. CORRÊA, M. (trad.), 11ª ed. Campinas: Papirus, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescente no SUS**. Tecendo redes para garantir direitos. Brasília-DF, 2014. Disponível online.

COIMBRA, M.C.B. Práticas "psi" no Brasil do "milagre": algumas de suas produções. *In* **Clio Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil**. JACÓ-VILELA, A.M.; JABUR, F.; RODRIGUES, H. de B. (orgs.), UERJ, p. 43 – 54, 2008.

CORTELLO, M.S. **A criança em seu mundo**. Programa Café Filosófico, TV Cultura (vídeo). Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=-y1-o_kJ5Kk. Acesso em: 4 jun. 2015.

COSTA, J. F. Psiquiatria preventiva e representação da doença mental. *In* COSTA, J.F., **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**, 4ª ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Xenon, 1989, p. 21-38.

EDUARDO, L.de P.; EGRY, E.Y. 2010. Estatuto da Criança e do Adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. **Rev. Esc Enf USP**, São Paulo, vol. 44, n.1, s,p., mar/2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a03v44n1>. Acesso em: 15 mai. 2015.

FOUCAULT, M. A Constituição da criança como alvo da intervenção psiquiatria. In: **O poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974). BRANDÃO, E. (Trad.). São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2006, p.153 – 178.

_____Os modos de generalização do poder psiquiátrico e a psiquiatrização da infância. *In* **O poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974). BRANDÃO, E. (Trad.). São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2006, p.255- 298.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. LEITE, D.M. (Trad.), 1ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, N.A. **Critérios utilizados por trabalhadres para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental**. Dissertação de Mestrado, FSP-USP, 2009.

LIMA, A.; CAPONI, S. A força-tarefa da Psiquiatria do desenvolvimento. **Physis**, **Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro vol. 21, n. 4. out./dez. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400009>. Acesso em: 20 mai. 2015.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MIGUEL, E.C. et al. O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência: um novo paradigma para a Psiquiatria Brasileira tendo como foco as nossas crianças e o seu futuro. **Rev.Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.31, n.2, 2009, p.85 - 88,. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n2/v31n2a01.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2015.

OLIVEIRA, F. de. **A criança e a infância nos documentos da ONU**: A produção da criança como "portadora de direitos" e a infância como "capital humano do futuro". Tese de Doutorado. UFSCar, São Carlos, 2008. Disponível em: http://www.bdtd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2241. Acesso em: 25 mai. 2015.

TELLES. H. P. R. da S. Infância e saúde mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas. Dissertação de mestrado. FSP/ USP, 2006. Disponível online.