

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**A ciência psiquiátrica pela perspectiva CTS: os
conflitos pela legitimação dos cuidados aos
infantojuvenis**

Arieli Januzzi Buttarello

São Carlos - SP
2016

ARIELI JANUZZI BUTTARELLO

**A ciência psiquiátrica pela perspectiva CTS: os
conflitos pela legitimação dos cuidados aos
infantojuvenis**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, do Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade

São Carlos - SP

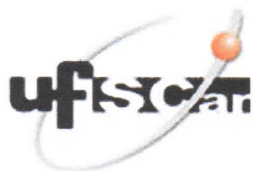
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B988c Buttarello, Arieli Januzzi
A ciência psiquiátrica pela perspectiva CTS : os conflitos pela legitimação dos cuidados aos infantojuvenis / Arieli Januzzi Buttarello. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
133 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Ciência psiquiátrica. 2. Psiquiatria infantojuvenil. 3. Política pública de saúde mental. 4. CAPSi. 5. Estudos CTS. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Arieli Januzzi Buttarello, realizada em 24/02/2016:

Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade
UFSCar

Prof. Dr. Marcos Castro Carvalho
UFSCar

Profa. Dra. Maria Aparecida Chaves Jardim
UNESP

À Blanca Gonzales (*in memoriam*),
que teve um sonho de pesquisa interrompido.

Aos que se movem em busca de quebra de barreiras mentais.

AGRADECIMENTOS

Registro meus sinceros agradecimentos aos que me auxiliaram durante o percurso deste trabalho, nas esferas intelectual, material e emocional.

Agradeço aos profissionais da rede municipal de atenção à saúde mental e à equipe do CAPSi, onde foi realizado este estudo, que contribuíram com esta pesquisa a partir da permissão em frequentar suas reuniões, sempre cedendo informações com gentileza. Contribuíram também com diversos momentos encantadores, devido a existência de alguns profissionais de tato e emoção.

Agradeço ao fornecimento de suporte material obtido pelo processo nº 2014/06638-0, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), que foi essencial para promover meu objetivo de ser aprendiz de pesquisadora, e aprofundar meu olhar social perante as problemáticas do mundo, concedendo-me através de tais recursos oportunidades de participação em eventos científicos em diferentes áreas geográficas, estando em contato com diferentes percepções, culturas, conhecimentos e grandes pesquisadores que contribuíram ao aprimoramento de minhas questões e compreensões.

Com carinho e admiração, agradeço ao Prof. Thales, orientador desta pesquisa, pela sua competência, suas contribuições, compreensões e pela sempre solicitude.

Aos tantos amigos, companheiros de vida, agradeço aos momentos de distrações, de transmissão de alegria, e à constante tarefa de reacenderem minhas chamas quando elas ameaçam apagar.

Agradeço aos familiares, especialmente e com muito estima à minha avó Inês.

Agradeço, com o meu mais puro e profundo amor, aos meus pais, Romeu (*in memoriam*) e Vandalice, pela sorte em tê-los em meu caminho e por sempre me carregarem em seus corações e em suas almas.

As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade da autora e não necessariamente refletem a visão da FAPESP.

*O senhor poderia me dizer, por favor,
qual o caminho que devo tomar para sair daqui?*

*Isso depende muito de para onde você quer ir,
respondeu o Gato.*

*Não me importo muito para onde,
retrucou Alice.*

*Então não importa o caminho que você escolha,
disse o Gato.*

Contanto que dê em algum lugar, Alice completou.

*Oh, você pode ter certeza que vai chegar
se você caminhar bastante,
disse o Gato.*

*Alice no País das Maravilhas
Lewis Carroll*

RESUMO

Sob a abordagem dos estudos sociais da ciência e da tecnologia (CTS), buscou-se nesta pesquisa compreender a constituição atual do campo da saúde mental voltado aos cuidados de infantojuvenis no Brasil. A partir do uso do aporte teórico de Pierre Bourdieu, foi realizado um estudo de caso em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), em um município no interior do estado de São Paulo, para analisar as relações institucionalizadas pelos multiprofissionais atuantes nesse Centro, que se dá como um aparato implementado pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Os métodos investigativos utilizados deram-se por levantamento bibliográfico correspondente à temática da pesquisa, e o estudo de caso foi realizado através de entrevistas semi-estruturada a alguns profissionais do CAPSi, por observação direta em reuniões da equipe do CAPSi e em reuniões entre os serviços constitutivos da rede de atendimento à saúde mental municipal, e por análise de Atas de reuniões da equipe CAPSi.

A análise dos dados resultou em apontamentos sobre a dominância científico psiquiátrica na base epistemológica que constrói conceitos e instituições de cuidado à doença mental, sobre a existência de paradigmas em conflito, sobre a banalização e vulgarização psicofarmacológica, sobre considerações relativas ao protagonismo social infantojuvenil e sobre o irreconhecimento do CAPSi como instituição de cuidados em saúde pelos serviços municipais e pelos campos escolar e jurídico.

Com a conclusão dessa pesquisa, objetiva-se contribuições aos estudos CTS e aos pesquisadores que abordam a temática estudada, almejando-se reflexões e revisões sobre a eficiência e eficácia dos cuidados aos infantojuvenis diagnosticados com doença mental, e ao lugar social das crianças e adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Ciência psiquiátrica. Psiquiatria infantojuvenil. Política pública de saúde mental. CAPSi. Estudos CTS.

ABSTRACT

Under the approach of social studies of Science and technology (STS), this research has analyzed issues in the current constitution of the mental health field that has taken care of children and adolescents in Brazil. Based on Pierre Bourdieu's theoretical contribution, a case study was carried out in a *Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi)*, in a country in the state of São Paulo, in order to analyze the institutionalized relations by the multiprofessionals that work in this Center, which is an apparatus implemented by the National Mental Health Policy (PNSM).

The methodology was elaborated on corresponding literature to the theme of this research, and the case study was carried out through semi structured interviews with some professionals from CAPSi, through direct observation of the CAPSi's team meetings, through meetings between the constituting service network to the municipal mental health, and by analyzing the Minutes Meeting of CAPSi's team.

The analysis of the data showed evidence of the dominance of psychiatric science in the epistemological basis that build concepts and institutions mental disorders care, as well as the existence of conflicting paradigms, the psychopharmacological trivialization, considerations about children and adolescents social leadership and about the non recognition of CAPSi as healthcare institution by the municipal services and by the scholar and juridical fields.

With the results of this research, it is expected to contribute to the STS studies and to researchers interested in the theme, intending to generate reflections and reviews about the efficiency and effectiveness of care for children and adolescents diagnosed with mental disorders, and the social position of children and adolescents.

KEY-WORDS: Psychiatric science. Child and adolescent psychiatry. Public policy on mental health. CAPSi. STS studies

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABP** – Associação Brasileira de Psiquiatria
- ANPP** – Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa
- APAE** – Associação de Pais e Amigos de Excepcionais
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSi** - Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
- CREAS** – Centro de Referência em Assistência Social
- CREMESP** – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
- DRS** – Departamento Regional de Saúde
- CTS** – Ciência, Tecnologia e Sociedade
- DINSAM** – Divisão Nacional de Saúde Mental
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- FNSMIJ** – Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil
- INPD** - Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento
- LBHM** - Liga Brasileira de Higiene Mental
- MS** - Ministério da Saúde
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan-americana da Saúde
- PCCS/SUS** – Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS
- PNSM** - Política Nacional de Saúde Mental
- PNCTI/S** – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
- PTS** – Projeto Terapêutico Singular
- SMCA** – Saúde Mental da Criança e do Adolescente
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	12
2. PERCURSOS DA CIÊNCIA PSIQUIÁTRICA E DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	17
2.1 Estudos sociais da ciência e da tecnologia: o campo psiquiátrico	17
2.2 Origem científica da doença mental.....	26
2.3 A formação da Psiquiatria infantojuvenil	32
2.4 A Reforma Psiquiátrica e as transformações do campo	42
2.5. Crianças e adolescentes como objetos e produtos sociais.....	49
3. METODOLOGIA	57
3.1 Estudo de caso	59
4. QUESTÕES DE PESQUISA E DADOS LEVANTADOS	65
4.1 A Psiquiatria como ciência e serviço público atual.....	65
4.2 Multiprofissionais: agentes em campo	75
4.3 O protagonismo dos usuários e a identificação social do CAPSi.....	91
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	97
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
8. APÊNDICES.....	125
8.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	125
8.2 Solicitação de autorização de pesquisa acadêmica no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil II Alexandre Donato Monteiro.....	127
8.3 Roteiro para entrevista semi-estruturada aos profissionais atuantes em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil	129
9. ANEXOS	131
9.1 Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	131

1. APRESENTAÇÃO

O interesse inicial pela investigação da ciência psiquiátrica dá-se pelo seu histórico científico e social apresentar legitimação tanto teórica quanto prática baseada em concepções externas ao campo médico. Devido a tal processo, esse campo do saber e do cuidar busca constantemente validações médicas para poder legitimar-se em suas ações e seus discurso diante um movimento interativo com outras esferas além da ciência. Nessa multiplicidade de encontros, constrói formas diferentes de cuidar e assistir a doença mental conforme o momento sócio-histórico-cultural de uma determinada sociedade.

Por conta desse dinamismo da abordagem científico-psiquiátrica, em que as definições sobre saúde e doença mental reclassificam-se constantemente, a Psiquiatria dá-nos relevantes dados para se analisar a relação entre a ciência e o contexto, sendo essa relação o eixo dos estudos sociais em ciência e tecnologia. Tais estudos são apontados nesta pesquisa a partir da utilização do aporte teórico de Pierre Bourdieu, autor que tem por interesse investigativo compreender como e por que pequenos grupos conseguem se apoderar dos meios de dominação da sociedade, ao nomear e representar a realidade, ao construir categorias e classificações e visões de mundo, às quais todos os outros são obrigados a se referir. Em relação à ciência, Bourdieu define diferentes disciplinas e profissões como *campo*, sendo esse conceito tido como nuclear nesta pesquisa.

A análise sociológica através da teoria bourdieusiana e o levantamento bibliográfico da história da Psiquiatria permitiu-nos perceber a disputa existente entre diferentes campos para se apropriar da autoridade e legitimidade sobre a definição de doença e saúde mental. Nesta pesquisa, sob o interesse em abordar essas questões especificamente analisando a Psiquiatria voltada à crianças e adolescentes, buscou-se demonstrar o percurso e os movimentos desse campo científico para se impor à essa população.

No Brasil, o início da aplicação da Psiquiatria infantojuvenil levou a um processo de se buscar corrigir as crianças entendendo-as como “obstáculos” para o alcance de um projeto social baseado em diversos conceitos apoiados por governos. A partir de um ponto de vista analítico-crítico, tem-se que tal projeto que foi desejado e desenvolvido transformou a Psiquiatria em uma tecnologia de defesa, proteção e ordem social, o que reforçou o caráter de fixidez da saúde e da doença a partir de um balizamento do que é considerado normal e anormal, e as expectativas diante a atitude dos outros. Ao termos

esse histórico científico-psiquiátrico em aliança com uma ideologia de controle do Estado, importamo-nos em analisar as ações psiquiátricas atuais, a partir do pretendido pela Política Nacional de Saúde Mental, que guia os aparatos públicos de assistência aos infantojuvenis doentes mentais.

Ao objetivarmos compreender nesta pesquisa o percurso da ciência psiquiátrica em busca de validação de suas ações atuais, buscamos compreender suas aplicabilidades e seus investimentos em vertentes nas práticas diagnósticas de um Centro de assistência à parcela da população que nos interessa, denominado Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), que se dá como a instituição legitimada pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) à cuidar, assistir e prevenir a saúde mental infantojuvenil. Tais Centros são direcionados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) através de diretrizes de políticas específicas direcionadas à tal parcela populacional. As preconizações legislativas dessa assistência focam-se na descentralização administrativa e então na municipalização, o que dá importância à busca de nosso estudo, realizado em uma cidade do interior do estado de São Paulo em busca de identificação de micro-olhares que nos permitissem dialogar com a literatura abordada sobre a situação atual dos CAPSi em geral. Os CAPSi fornecem serviços multiprofissionais em saúde mental, sendo os nossos interesses analítico, questionador e reflexivo abordar sobre o movimento dos campos de saberes e profissionais que constituem a prática desses Centros, tendo como método de pesquisa um estudo de caso. Os dados levantados deram-se a partir de observação direta em reuniões da equipe multiprofissional constituinte do Centro e também à reuniões dessa com outras equipes do município que constituem os serviços de atendimento à saúde mental. Os dados levantados também se deram por consultas às Atas de reuniões da equipe do CAPSi e também por entrevistas semi-estruturadas a alguns profissionais específicos que constituem do Centro. A análise dos dados foi realizada a partir de consultas ao caderno de notas da pesquisadora e sistematizados em forma de análise descritiva e qualitativa.

Com o desenrolar da pesquisa percebeu-se que a Psiquiatria constitui um subcampo científico, assim como as outras ciências constituintes do grande campo da saúde mental que constroem o CAPSi, pautado nas práticas multi, ou seja, na multidisciplinaridade e então na multiprofissionalidade. A investigação inicial de interesse em analisar sobre o *status* psiquiátrico na construção de ideais dentro do paradigma atual dos cuidados à saúde mental infantojuvenil baseado na lógica multi,

levou-nos a outras questões em busca de compreender a relação entre o CAPSi legislativamente seguir critérios de funcionamento baseados na multidisciplinaridade e horizontalidade dos saberes, e cientificamente ser pautado em abordagens médico-psiquiátricas.

A identificação de conflitos entre os diferentes campos da saúde mental em prol de um mesmo objeto – ou seja, as profissões do CAPSi e seus multisaberes afirmando como cuidar do doente mental infantojuvenil – foi percebida nas práticas internas do CAPSi entre a equipe não-médica e profissional médico do Centro, representada pela figura de um neurologista, e nas práticas de encaminhamento de usuários ao CAPSi advindos de campos externos ao da saúde mental. Os conflitos se davam em maior evidência entre os diferentes serviços da rede de saúde mental do município, em que nas reuniões realizadas não compartilhavam um mesmo ideal de fortalecimento do paradigma psicossocial, sendo os espaços das reuniões entre equipe justificados como o *lócus* de consolidação de ofertas eficientes e eficazes no cuidado, assistência e prevenção da doença mental, demonstrando com isso a dificuldade de consensos e produção de intersetorialidade.

O estudo de caso permitiu-nos abordar sobre a existência da vulgarização e banalização do uso de medicamentos psiquiátricos receitados à crianças e adolescentes, o que pode levar a processos iatrogênicos. Tal uso é interpretado nesta pesquisa a partir de dados de hierarquia científico-médica na validação de formas de cuidar no imaginário social e pela imposição de terapêuticas que apresentem rápidos resultados. Com isso, e algumas outras questões, como o alto índice de encaminhamento de usuários ao CAPSi advindos de outros serviços da saúde mental, constatou-se um irreconhecimento da função psicossocial e uma assimilação de o Centro ser um “depósito de crianças-problema” na visão dos trabalhadores municipais que lidam com usuários do CAPSi. Essa forma de compreender o CAPSi levou-nos a questionamentos sobre qual o espaço para o protagonismo dos usuários no Centro, sendo que essa forma de compreender remete-nos a abordar semelhanças na forma de lidar com essa população como a praticada no início das ideias psiquiátricas infantojuvenis no Brasil, que intervinham em corpos e mentes de crianças e adolescentes entendendo-os como obstáculos ao desenvolvimento pleno de projetos sociais, o que levava à necessidade de intervenções disciplinares sob a noção de moldagem em prol aos ideais projetistas.

Crianças e adolescentes são entendidos como investimento para o futuro de uma sociedade, e em busca de garantir saúde e bem-estar à essa população a Psiquiatria é autorizada a discursar e agir a partir de práticas preventivas, sendo que a partir do conhecimento sobre o histórico dessa ciência dado pelas consultas bibliográficas pautadas em discussões recentes e em diretrizes atuais sobre prevenções à doença mental, faz-se relevante atentarmos aos caminhos que a ciência psiquiátrica e a política voltada à população infantojuvenil doente mental objetivam traçar. Inserindo-se em um emaranhado de questões que puderam ser suscitadas com a realização desta pesquisa, o esforço analítico aqui apresentado visa contribuições à abordagens e perspectivas que contribuam para questionar e impactar formas eficazes e eficientes de lidar com a parcela populacional que temos como interesse.

O trabalho aqui apresentado resulta de um processo de pesquisa aprofundado por consultas bibliográficas junto a uma análise empírica que produziram dados descritivos e analíticos sobre um serviço público de cuidados e assistência à saúde mental infantojuvenil, que causaram a emergência de diversos pressupostos que permeiam e tangenciam nossa temática, evidenciando a necessidade de se questionar uma série de movimentos que são engendrados em nossa sociedade.

O panorama histórico e social da formação dos objetos desta pesquisa, visa a apresentação da relação das origens desses objetos e os resquícios de seus passados que auxiliam-nos a compreender suas configurações atuais. Assim, apresentamos o aporte teórico desta pesquisa delineada pela abordagem CTS e os conceitos de Pierre Bourdieu, a sistematização da Psiquiatria em ciência e sua especialidade voltada à crianças e adolescentes, suas modificações, seus percursos e impactos na organização de aparatos de cuidado e no entendimento social. Apresentamos, também, a concepção de infância e adolescência que se tem em formação, de acordo com a literatura pertinente.

A apresentação da metodologia utilizada nesta pesquisa visa demonstrar os materiais e instrumentos escolhidos para o desenvolvimento das investigações que buscaram responder as questões iniciais da pesquisa. Em busca de dados que expandam o entendimento sobre a temática proposta, a pesquisa empírica foi realizada a partir de um estudo de caso. As questões de pesquisa e os dados debatidos e analisados, a partir do trabalho de junção do levantamento bibliográfico e da pesquisa empírica, visando abordar tanto questões específicas do local analisado quanto questões gerais, entendendo-os como mútuas, apresentam-se por itens que julgamos complementares.

Em busca de se compreender o porquê algo se constitui como se constitui, esta pesquisa é relevante por se olhar para uma ciência e tecnologia que possui aval para agir e impactar em vivências a partir de uma abordagem que considere a complexidade social em que a configuração atual desta ciência insere-se. Apresentamos uma discussão dos resultados obtidos juntamente aos questionamentos e conclusões que nos foram possíveis produzir, as considerações finais, e as referências bibliográficas dos documentos, pesquisas, revistas e autores que utilizamos para fazer existir este trabalho. Aos apêndices, denota-se o percurso ético para a realização deste trabalho.

2. PERCURSOS DA CIÊNCIA PSIQUIÁTRICA E DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

2.1 Estudos sociais da ciência e da tecnologia: o campo psiquiátrico

Os estudos sociais da ciência e da tecnologia tomam expressão entre as décadas de 1940 e 1960, obtendo suas bases teóricas e epistemológicas em autores essencialmente da sociologia e da filosofia. Sistematizados no contexto pós-II Guerra Mundial tais estudos trouxeram críticas aos instrumentos e consequências do uso irresponsabilizado do aparato científico-tecnológico, evidenciando que o desenvolvimento de práticas que discursavam objetivar o benefício social acabou por “desumanizar” e “irracionalizar” as ações humanas que controlavam os instrumentos tecnicizados, insensibilizando aquele ser operador de ações científico-tecnológicas a apenas um modo de agir em oposição às suas ações individuais e subjetivas que consideram modos de pensar e sentir. Organiza-se, a partir das mudanças ocorridas por tais acontecimentos, um Movimento de questionamento das relações entre a Ciência, a Tecnologia e a Sociedade denominado Movimento CTS, academicamente interdisciplinar com impactos teóricos e práticos na percepção do que se denomina ciência e tecnologia. As origens desse Movimento dão-se em território norte-americano e território europeu, que apesar de abordagens diferenciadas, possuem o mesmo objetivo de guiar problematizações quanto à noção geral de se crer nas promessas de progresso e bem-estar social alcançadas pelos meios científico-tecnológicos.

A abordagem CTS trouxe importantes pesquisas e estudos para o debate acadêmico e público sobre a relação interferencial entre ciência, tecnologia e contexto social, entendendo que para algo tornar-se científico deve legitimar-se conforme a mentalidade social em que se insere, possuindo também autoridade para modificar a forma social de pensar. Ou seja, a ciência não é só teoria, mas uma prática de intervenção sobre o mundo, dando-se de forma interferencial entre sua sistematização e o contexto social em que se sistematiza, assim dinamizando-se de formas diversas a cada momento sócio-histórico-cultural as compreensões e explicações de problemáticas. Temos, assim, o preceito de que o mundo social é feito de e por atividade cognitiva, sendo o terreno investigativo de entender o porquê se entende algo como se entende uma das abordagens dos estudos CTS.

A partir dos questionamentos iniciais da relação CTS emergem várias linhas investigativas, incluindo estudos sobre diferentes entendimentos científicos e tecnológicos culturais e regionais, a relação entre cientistas e leigos, a relação do desenvolvimento do conhecimento com a industrialização, os impactos sociais e ambientais da utilização dos artefatos tecnológicos, a produção e disseminação dos conhecimentos científicos e tecnológicos produzidos, e também, entre vários outros, a própria definição de ciência e de tecnologia.

Com o desenvolvimento dessa área de estudo e pesquisa é abordada a dinâmica tecnocientífica entendida como materialização de novas configurações de mundo, a partir de uma dinâmica relacional em que as características sociais configuram certos aspectos do conteúdo da ciência e da tecnologia. Tal área traz diversas e profundas análises de como uma evidência científica é construída, ou seja, o que faz uma verdade científica tornar-se aceita como verdadeira. As perspectivas que foram sendo construídas foram dadas por investigações microssociais e etnológicas que evidenciaram as controvérsias em torno do conhecimento científico e a formação de consensos sobre determinados fatos, demonstrando as limitações da ciência e da tecnologia. Afirma-se com isso, que o mundo não está passivo à descoberta da ciência, assim como a prática científica confere uma estrutura e um sentido na composição da realidade.

Com as publicações e conclusões de pesquisas da área CTS, a tentativa de demonstrar a não existência da produção da verdade científica por uma comunidade de cientistas em mútua cooperação em busca de um bem comum ressalta-se, assim como a tentativa de demonstração que a verdade científica não emerge e um cientista “gênio” ou “descobridor”. Como posto por Almeida, Premebida e Neves (2011), a racionalidade científica é uma produção conjunta, e não feita por um cientista solitário, pois todas as áreas “historicamente, passaram por muitos acordos privados, embates entre tradições de pesquisa e de carreira, negociação profissional, concessões financeiras e políticas” (ALMEIDA, PREMEBIDA, NEVES 2011, p. 32), o que torna difícil “amarrar todos os pontos desta intriga de bastidores ante um determinado conhecimento, um procedimento técnico, coerente o bastante, entre um nível de validação, para uma maioria apontar a racionalidade de sua aceitação” (ALMEIDA, PREMEBIDA, NEVES 2011, p. 32).

É durante a década de 1970, época de maior sistematização dessa área de estudos, que se tem a inserção dos estudos de Pierre Bourdieu (1930 – 2002), numa emergência de várias teorias de autores que levantavam críticas às formas de institucionalizar e

normatizar o desenvolvimento dos sujeitos e suas formas de existência. Sob críticas à filosofia e sociologia dessa época, Bourdieu formula instrumentos de pensamento que contribuí para perceber os fenômenos contemporâneos, que se encontravam diante impasses (VALLE, 2007).

Esse autor desenvolve sua teoria e *práxis* a partir de uma amplitude de escritos sobre diversas temáticas de análise, contando com vastas interpretações e avaliações realizadas por estudiosos de sua teoria. Nesta pesquisa, utilizaremos do aporte teórico bourdieusiano que aborda sobre a ciência, definido em sua teorização como o *campo científico*, que Bourdieu cunha para escapar da partenogênese científica - entendimento de que a ciência engendra-se a si própria, sem intervenção do mundo social (BOURDIEU, 2004).

O conjunto do pensamento de Bourdieu guia-se em apontamentos de uma relação mútua, em que tanto o macrossocial é uma estrutura ativa no sujeito particular quanto o microssocial é uma conformação ativa na estruturação do macrossocial. A partir desse modo de pensar relacional (VANDENBERGUE, 200-), fundamenta-se a teoria social dos campos, em que o macrocosmo é entendido como dividido em partes denominadas *campos*, que são movimentados por agentes. Os campos bourdieusianos são interdependentes (BOURDIEU, 1983; 2004; 2004a) e independentes, pois mesmo que se interpenetrem possuem um conjunto próprio e específico de organização.

O campo é, portanto, um “universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem os artefatos do campo. Esse universo é um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas” (BOURDIEU, 2004a, p. 20). Aponta-se que “todo campo é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças” (BOURDIEU, 2004a, p. 23), o que traz invariantes aos campos, sendo esse entendimento o que permitiu Bourdieu analisar diferentes campos que constituíram sua ampla literatura, como o da educação, o da arte, o da literatura, o da alta costura, entre outros (VANDENBERGUE, 200-). O campo é um pequeno mundo social relativamente autônomo no interior do grande mundo social e o espaço social bourdieusiano é um conjunto hierarquizado, constituído por conflitos e alianças, que são ações desempenhadas pelos agentes que são os sujeitos que constituem os diferentes campos.

Os agentes bourdieusianos são dotados do que o autor denomina *habitus*, sendo cada campo possuidor de um tipo de *habitus* - que são as disposições dentro de um campo e o condicionante da capacidade de ação individual dentro desse campo. O *habitus* define-se pela estruturação macrossocial internalizada e incorporada pelo indivíduo, constituindo-se como a mediação entre as estruturas – sejam as sociais ou as específicas dos campos - e práticas individuais. Tais disposições são plásticas e flexíveis, que são inculcadas e atualizadas pelos diferentes contexto e processos sociais que dinamizam o movimento e a posição dos campos, sendo, portanto, estruturantes de um campo e estruturadas por esse campo. Os agentes são, então, portadores de capacidade natural de adquirir capacidades não-naturais e capazes de interiorizar estruturas - que acabam por tornarem-se tão naturais que até ignoram sua existência.

O *habitus* denota também em relações de força simbólica que se manifestam na interação em forma de estratégias (BOURDIEU, 1989, p. 57), e com isso

a estrutura do campo científico se define, a cada momento, pelo estado das relações de força entre os protagonistas em luta, agentes ou instituições, isto é, pela estrutura da distribuição do capital específico, resultado das lutas anteriores que se encontra objetivado nas instituições e nas disposições e que comanda as estratégias e as chances objetivas dos diferentes agentes ou instituições (BOURDIEU, 1983, p.133).

Os campos possuem capacidade de definirem regras próprias que são produzidas pelos agentes, e internalizadas por esses mesmos agentes. Bourdieu (2011) aponta que o melhor exemplo da disposição do campo, ou seja, do *habitus*, é o sentido do jogo, pois

o jogador, tendo interiorizado profundamente as regularidades de um jogo, faz o que faz no momento em que é preciso fazê-lo, sem ter a necessidade de colocar explicitamente como finalidade o que deve fazer. Ele não tem necessidade de saber conscientemente o que faz para fazê-lo, e menos ainda de se perguntar explicitamente (a não ser em algumas situações críticas) o que os outros podem fazer em resposta (BOURDIEU, 2011, p. 164).

Assim, as ações dos agentes são guiadas pela busca de *status*, em que a pontuação maior ou menor dos jogadores de um campo nessa busca é medida pelo acúmulo de

capital que o agente possui, que lhe concede diferentes posições dentro do campo. Cada campo possui um tipo específico de capital, sendo o campo científico possuidor e produtor do *capital científico*. Esse tipo de capital é o que concede ao cientista autoridade e legitimidade, dando-lhe poder social para falar em nome da ciência, sob a imagem de competência e capacidade técnica. É também por esse capital que os agentes movimentam-se, em conflito, em busca de eliminar os adversários, para alcançar o monopólio dessa autoridade e legitimidade¹; tornando o campo um espaço de jogo de luta concorrencial.

As ações dos agentes científicos – ou outro tipo de agente, para Bourdieu – é entendida como interessada, levando à desconstrução do ideal desinteressado do cientista e da ciência, como posto pela compreensão de uma comunidade cooperativa na produção científica, ao que os estudos CTS atentaram algumas de suas críticas. Os cientistas agem com uma finalidade, em busca de maximização do lucro específico de acúmulo de capital, de forma inconsciente (BOURDIEU, 1983, em que tal cálculo é uma relação inconsciente entre *habitus* e campo).

Nesse espaço de disputa, a posse de mais ou menos capital divide os agentes entre dominantes e dominados, posição que guia a ação de querer manter ou mudar a estrutura de um campo. Bourdieu denomina os dominantes como *ortodoxos*, que são aqueles que aceitam a forma como o campo está constituído, e os dominados como *heterodoxos*, que são aqueles que não aceitam o que é disseminado no campo e podem visar e realizar transformações. Por conta de o *habitus* não ser um destino (BOURDIEU, 2004) e “os agentes sociais, evidentemente, não [serem] partículas passivamente conduzidas pelas forças do campo” (BOURDIEU, 2004a, p. 29), as possibilidades de alterações na ordem imposta ortodoxalmente são abertas. Porém, ao buscar analisar como os agentes incorporam a estrutura social ao mesmo tempo que a produzem, Bourdieu também centraliza-se na tarefa de desvendar os mecanismos da reprodução social, já que os campos podem ser entendidos como *lócus* de consenso de ortodoxias, pois para um agente posicionar-se no topo da hierarquia dentro de um campo, ou seja, obter uma posição dominante, deve conformar-se e moldar-se às regras desse campo, sendo assim, “os

¹Bourdieu define o primeiro conceito como a capacidade técnica e o poder social e o segundo como capacidade de falar e agir legitimamente (de maneira autorizada e com autoridade) – que se expressa em ações socialmente outorgadas a um agente determinado (BOURDIEU, 1989).

dominantes consagram-se às *estratégias de conservação*, visando assegurar a perpetuação da ordem científica estabelecida com a qual compactuam” (BOURDIEU, 1983, p. 137).

A ordem imposta pelos dominantes dá-se tanto no estado objetivado, como em instrumentos, obras, instituições, etc., quanto no estado incorporado, como em hábitos, sistemas de esquemas gerados de percepção, de apreciação e de ação. Quanto ao campo científico, as disputas e conflitos pelos agentes pela “definição do que está em jogo na luta científica [fazer] parte do jogo da luta científica: os dominantes são aqueles que conseguem impor uma definição da ciência segundo a qual a realização mais perfeita consista em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem”, ou seja, “a definição do que está em jogo na luta faz parte da luta” (BOURDIEU, 1983, p.129). Dessa forma, Bourdieu coloca a ciência e seus diversos tipos de produção como uma construção que pode ser negociada com base em disputa pelo espaço dessa própria construção.

A dinâmica dos campos dá-se, portanto, pela conexão *campo-habitus*, que formam o núcleo do programa de pesquisa de Bourdieu, estando esses conceitos de tal modo internamente relacionados que uma instância pode aparecer seja como meio prático (*modus operandi*), seja como consequência (*modus operatum*) da outra (VANDENBERGHE, s.d.). A moldagem conformativa que a estrutura do campo visa inculcar nos agentes sociais, que formam seus tipos específicos de capital, é percebida por Bourdieu (2011) como uma “verdadeira força mágica” que se “torna simbolicamente eficiente” (BOURDIEU, 2011, p. 171), definida pelo *capital simbólico*, que é “comum a todos os membros de um grupo” (BOURDIEU, 2011, p. 170), sendo percebido na relação entre a propriedade que os agentes detêm e as categorias de percepção, que constituem e constroem categorias sociais. Assim, todo o simbolismo contido em campos específicos moldam formas cognitivas de compreensão e de ação no mundo. O capital simbólico é, então

propriedade qualquer - força física, riqueza, valor guerreiro – que, percebida pelos agentes sociais dotados das categorias de percepção e de avaliação que lhes permitem percebê-la, conhecê-la e reconhecê-la [...] exerce uma espécie de ação à distância, sem contato físico. Damos uma ordem e ela é obedecida [...] para que tenha essa espécie de eficácia mágica, é preciso que um trabalho anterior, frequentemente invisível e, em todo caso, esquecido, recalcado, tenha produzido, naqueles submetidos ao ato de

imposição, de injunção, as disposições necessárias para que eles tenham a sensação de ter de obedecer sem sequer se colocar a questão da obediência (BOURDIEU, 2011, p. 170).

Os aspectos da análise social bourdieusiana apontam uma “perspectiva imobilista do processo de reprodução” (ORTIZ, 1983, p. 29), porém, sua “análise é extremamente rica quando se trata de desvendar os mecanismos profundos do poder” (ORTIZ, 1983, p. 29), o que em relação ao campo científico aponta-nos que o conhecimento científico é o resultado entre posições de agentes que disputam uma espécie específica de capital simbólico.

Ao lidar com simbolismos, os agentes apoiam suas relações em crenças. A economia dos bens simbólicos (BOURDIEU, 1974), que condizem às formas de investir, de ganhar, de arriscar, de gerenciar capitais dentro um campo depende da crença de que é possível alcançar o troféu do campo, (BARROS FILHO, 2013), ou de que é possível reorganizar as formas de alcance a esse troféu ou mesmo redefinir o que pode ser esse troféu. O capitalista simbólico, que Bourdieu define, faz o que é preciso fazer para lucrar, mas sem consciência intencional de suas ações, como no caso do cientista, em que esse agente busca um lucro simbólico que se dá pela acumulação de capital científico por visar um *status* científico, mas crê agir sob o “desinteresse”, sob “em nome da ciência”.

Ao se tomar símbolos como específicos de campos, definindo-os como capitais possíveis de acúmulo e valorizações, Bourdieu (2004a) divide os capitais científicos em institucional e puro, sendo o primeiro inserido na área burocrática da ciência, permeado por formas de organização de aparatos, procedimentos, nomeações e domínios temporários sobre o campo, e o segundo permeado pelo caráter idealizador de ciência “pura”, inserido na área epistemológica, já que se dá “pelas contribuições reconhecidas ao progresso da ciência, as invenções ou as descobertas” (BOURDIEU, 2004a, p. 36). O capital científico institucional não é estritamente ligado aos conhecimentos do campo científico, é um “capital de poder sobre o mundo científico, que pode ser acumulado por vias que não são puramente científicas” (BOURDIEU, 2004, p. 82), e o capital científico puro dá-se como “um capital de autoridade propriamente científica” (BOURDIEU, 2004, p. 82), sendo o primeiro de mais fácil transmissão do que o segundo, que “está ligado à pessoa, aos seus ‘dons’ pessoais” (BOURDIEU, 2004a, p. 36).

Assim, a reprodução ou crise da estruturação dessa economia dos bens simbólicos depende da perpetuação ou ruptura da crença, das estruturas objetivas e também mentais

que conformam o comportamento e o pensamento dos indivíduos. Porém, “a ruptura não pode resultar apenas de uma simples tomada de consciência; a transformação das disposições não pode ocorrer sem uma transformação anterior ou concomitantemente das estruturas objetivas das quais elas são o produto e às quais podem sobreviver” (BOURDIEU, 2011, p. 194).

Essa relação de mão dupla entre as estruturas objetivas dos campos sociais e as estruturas incorporadas colocadas na noção bourdieusiana sobre o espaço social, tende a preocupar-se em não reduzir os agentes a simples fenômenos da estrutura. Assim sendo, a disputa nos campos envolve a questão do poder, sendo esse detido pelos dominantes, porém, não dominando completamente e não forçando seus dominados a conformarem-se à sua dominação, por conta da possibilidade de mobilidade dos agentes (CAPELLE, MELO, BRITO, 2005). Entende-se que a dominação total tira a capacidade de existir resistência ou alguma mudança, o que no estruturalismo construtivista de Bourdieu não é um aspecto demasiado marcante, já que ele evidencia a possibilidade de ação humana diante a estrutura objetiva, colocando a dominação como relativa, como categoria de análise situacional conforme o contexto de relação entre o campo e o agente.

Sobre a estrutura da distribuição das formas de poder ou dos tipos de capital eficientes no universo social considerado, ou seja, em um campo, Bourdieu afirma que

Essa estrutura não é imutável e a topologia que descreve um estado de posições sociais permite fundar uma análise dinâmica da conservação e da transformação da estrutura da distribuição das propriedades ativas e, assim, do espaço social. É isso que acredito expressar quando descrevo o espaço social como um *campo*, isto é, ao mesmo tempo, como um campo de forças, cuja necessidade de impor aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou a transformação de sua estrutura (BOURDIEU, 2011, p. 50).

Sendo, então, o campo um espaço de lutas e de forças internas, também disputa com outros espaços no grande espaço social. Assim, há também hierarquia e oposições,

e também alianças entre campos. Afirma-se que pelo dinamismo das relações entre agentes e campos, a hierarquia social dos campos é dada a cada momento, sendo a autonomia de um campo em uma sociedade algo não definitivo, pois varia conforme os movimentos sócio-históricos dessa sociedade, gerindo campos mais consagrados e legítimos que outros em diferentes momentos.

Esta pesquisa utiliza os questionamentos bourdieusianos para buscar quais são os mecanismos que constituem a especificidade de um campo científico, sob o interesse e se analisar a Psiquiatria infantojuvenil formada e conformada em seus conflitos e alianças e pretensões, entendendo-a como uma ciência que produz discursos e técnicas que culminam em visar modificar formas de ser e de existir dos indivíduos.

O desenvolvimento da ciência psiquiátrica dá-se em bases explicativas não apenas médicas, que por conta dessa relação com campos externos legitimou-se científica e socialmente, obtendo aval para agir em corpos e mentes e se institucionalizar em ensino e intervenções assistenciais, curativas e preventivistas, tanto em aspectos político-estatais e em mentalidades. Esse movimento pela busca de explicações para prosseguir como legítima é o que faz a *práxis* psiquiátrica operar e movimentar esse campo científico, disseminado pelos agentes que constituem esse campo e que constroem discursos sob diferentes configurações, em aparatos institucionais ou educacionais, configurando o campo em uma diversidade de formas de conhecimento, de assistência, de associações, de estudo, de prática, de pesquisas, de ensino, de produção, de propagação e disseminação.

O foco no campo psiquiátrico é abordado, nesta pesquisa, através de suas práticas de cuidado e assistência voltados à crianças e adolescentes, que entremeiam-se a outros campos. Segundo Bourdieu, para compreender o campo é necessário evidenciar o que se encontra em disputa e reconstituir a gênese desse campo, pois a análise da história do campo é a única forma legítima da análise da essência do campo (BOURDIEU, 1989), pois aponta o porquê de se conhecer algo da forma que se conhece. São por essas considerações que abordaremos a construção da ciência psiquiátrica infantojuvenil no Brasil demonstrando sua constante luta para se impor de forma legítima socialmente, em busca da autoridade para discursar sobre a doença e a saúde mental de crianças e adolescentes.

Como será apresentado neste trabalho, a Psiquiatria infantojuvenil aliou-se à percepções disciplinatórias e ideológicas em seu início no Brasil e se desenrolou em meio a diferentes contextos, em constante busca de validação científica e social. Desse modo, é relevante termos uma avaliação crítica sobre seus aparatos atuais e quais as concepções que os guiam, já que reconhecemos a ciência e suas técnicas como emaranhados aos processos sociais, ou seja, reconhecemos que a ciência não se faz só pela ciência.

2.2 Origem científica da doença mental

A Psiquiatria fez-se e se faz em um meio complexo de disputas para validar suas concepções que frequentemente são atingidas, que sob a proeminência de uma deslegitimação forma novos argumentos. O homem sempre buscou entender a realidade a partir de vários instrumentos – a ciência foi o que se tornou o instrumento hegemônico da construção epistemológica e entendimento aplicado do que se conceituou compreender como verdade. Como já mencionado, a ciência é resultado de fatos socialmente construídos; que para ser legitimada e praticada basta operacionalizá-la e obter aval para agir e falar em nome desse tipo de conhecimento, adentrando assim, ao processo de aquisição de *habitus* científico.

A Psiquiatria constituiu-se como um saber e prática válidos, embora a ainda busca por comprovações científicas da doença mental. Tal especificidade de adoecer, hoje objeto da medicina e da ciência, já foi entendido à luz do misticismo e religião, como na Idade Média, e até meados do século XVIII médicos eram submetidos à administração religiosa nos hospitais, subordinando o conhecimento científico à dominação de regras religiosas. O advento da compreensão da doença mental sob o caráter médico-científico dá-se no processo de industrialização e então urbanização, inicialmente no território europeu². É no século XVIII que formas de comportamento começam a determinar o que deve ou não ser aceito no convívio social e o *louco* é delineado, não mais entendido como um indivíduo de comportamento excêntrico, como até então, mas como um *doente mental*

²De acordo com o interesse desta pesquisa, a literatura usada pauta-se nas concepções das abordagens ocidentais modernas, assim, destacamos que há diferentes concepções de Medicina, corpo, processo saúde-doença pertencentes a outras áreas geográficas.

- o objeto, o tratamento terapêutico e as ações sobre as subjetividades legitimadas à Psiquiatria surgem nas cenas da cidade.

É no contexto de aglomeração humana, que se dá na transição de indivíduos para os territórios não-planejados que vêm se formando nesse processo urbano, que surge uma aliança entre Estado e Medicina que inicia intervenções em espaços macro e micro, discursando sobre como deveriam ser construídos cemitérios, quartéis e hospitais, e também sobre como os indivíduos deveriam agir em prol da higiene, da assepsia e da saúde (MACHADO, 1978). A Medicina impõe sua legitimidade prática sob o caráter de esquadramento e análise, em que nem a cidade e nem o corpo escapam de seu olho clínico. A desordem urbana causada pela aglomeração de indivíduos migrantes e pelo desajuste aos modos de viver urbano - diferente do vivido por esses indivíduos até então, que modifica suas formas de morar, de se vestir, de se locomover, de entender o tempo, de se entender, de viver - acabam por serem traduzidos, pela influência da Medicina e da Psiquiatria, em desordem pessoal³.

Em meio a instauração do viver urbano, o indivíduo até então excêntrico e entendido por aspectos religiosos de possessão, torna-se objeto de justificativa de afastamento das cidades por estar desintegrado ao modo de viver que vinha se impondo, com suas lógicas e perspectivas pautadas no que se definia como razão e civilidade. Como a Psiquiatria apresentava dificuldade de comprovações científicas por lidar com doenças basadas no fisicalismo, biologicismo e lesões, seu espaço foi encontrado ao se aliar ao Estado, sendo as primeiras sistematizações dessa aliança feitas na França, onde a corrida pela legitimidade científica leva à internações generalizadas em Asilos, até então de cunho religioso e filantrópico, transformados a partir desse momento em hospícios, inicialmente em Salpêtrière e Bicêtre (FOUCAULT, 1978). A concentração de doentes mentais internados e o almejo de autoridade científica e social culmina nos critérios terapêuticos *morais* de Philippe Pinel, e também no desenvolvimento das concepções de Bayle, que dão o germe da Psiquiatria biológica ao apontar a existência de lesões cerebrais interferindo nos modos de ser e agir dos indivíduos; desenvolvendo a anatomopatologia

³A constituição desse processo, na Europa, é bem demonstrado nas análises de Michel Foucault em “O nascimento da Clínica”, publicadas em 1977 e traduzidas por Roberto Machado. Sobre esse processo no Brasil e também sobre a constituição da Psiquiatria intervencionista como modelo de organização e correção, a referência dá-se em Roberto Machado em “Danação da Norma: Medicina Social e a constituição da Psiquiatria no Brasil”, obra publicada em 1978.

das manifestações psicopatológicas. Com essa concepção, delineada sob as exigências dos aspectos científicos, a tradição pineliana até então hegemônica, que considerava a alienação mental como expressão de desregramentos morais, entrou em crise. Destaca-se que a guinada na Psiquiatria com concepções biológicas deu-se em território alemão e não francês, que como posto por Porter (2008), deu-se por conta de os laboratórios de experiências serem famosos na Alemanha levando-a a superar gradualmente a França, que falhou ao criar novos laboratórios necessários à pesquisa fisiológica, dando à Psiquiatria alemã dominância para discursar sobre as bases orgânicas da mente, tendo em Emil Kraepelin seu reconhecimento⁴.

A mudança de concepção sobre a loucura diante o cientificismo trouxe a ideia de que o indivíduo que se comporta de forma anormal precisa ser restabelecido, restaurado, reparado – sob a ordem normal. Em busca de comprovações de como realizar tal restauração, a Psiquiatria encontra no hospício o seu aparato tecnológico, constituindo uma nova verdade na forma de lidar com o louco, concorrendo com as outras verdades que buscavam se legitimar. Por observações de atos impulsivos e descontrolados, a Psiquiatria diagnostica indivíduos, impondo-se como prática oficialmente cuidadora daquele anormal que necessita de intervenção no seu modo de ser e agir.

Sob os preceitos da ciência moderna de necessidade de comprovações objetivas, e beneficiada pela harmonia entre a exigência da ordem social de proteção contra a desordem dos loucos e a justificativa terapêutica de isolamento desses doentes sob a pretensão de afastá-los da desorganização urbana, a Psiquiatria toma seu espaço de atuação como experimentações para o seu avanço dentro do campo médico. A empreitada para a aquisição de maior reconhecimento validado dá-se na busca por justificativas em lesões cerebrais para se afirmar, em época em que os estudos anátomo-clínicos se desenvolviam e se impunham. Como colocado por Birman (1978), tal questão sem solução é aceita a partir da assertiva de Esquirol⁵ que rompe com as ilusões cientificistas

⁴Segundo Pereira (2009), a tal biologização kraepeliana foi contestada por esse próprio psiquiatra em um artigo “maduro”, intitulado “As formas de manifestação da insanidade” escrito em 1920, em que propõe a releitura de suas concepções sobre a psicopatologia, afirmando que as manifestações das doenças mentais dependem de uma complexa interação com o sujeito e sua história, no qual tal alteração se instala e inscreve. Fundador de um projeto nosográfico fundamentalmente categorial a partir de pesquisas etnopsiquiátricas, Kraepelin admite que o sintoma mental não pode ser considerado mera manifestação da lesão; pressupondo a singularidade e o sujeito.

⁵Segundo Machado (1978), Jean- Étienne Esquirol foi o grande marco teórico do aparecimento do conceito médico de loucura; e também das distintas ordens presentes no termo alienação mental, sistematizando o reconhecimento de diferentes formas de loucura, não a vendo como um fenômeno homogêneo e unitário.

ao apontar que a importância na prática psiquiátrica dá-se em conhecer a natureza da dor (sintomatologia) para empregar com sucesso calmantes e sedativos; ou seja, **não** é essencial conhecer a natureza da doença: pode-se curar a loucura sem conhecê-la. Assim, essa assertiva que dá aval à ação psiquiátrica, auxilia nas observações francesas que lançam a Psiquiatria Clássica como um legado organizado e sistematizado de forma classificatória, afirmando a possibilidade de cura mesmo sem saber o que é a loucura.

Demonstrando a existência de intervenção na moralidade dos indivíduos sob uma despreocupação filosófica sobre a doença mental e sob uma ação mecânica no tratar o doente mental, o rápido aumento de internados nos hospícios acaba por priorizar sua finalidade de repressão, controle e coerção e não a terapêutica, como se afirmava buscar. Como colocado por Arruda (1995), o uso do caudério, do isolamento na cela, da camisola de força, dos banhos de emborcação, da cadeira e da cama giratória eram admitidos como tratamentos, baseados em ideias moralistas, associando o regime médico à intervenção policial. Segundo Laurent (s.d) *apud* Telles (2006), “a Psiquiatria não se restringe simplesmente a colocar a doença mental na ciência e encerrar o problema” mas sim em acompanhar “a fabricação de novas normas para o patológico” (LAURENT, s.d. *apud* TELLES, 2006, p. 142), o que leva à sua constante modulação e conformação social.

O processo de emergência científica, no Brasil, deu-se sem grandes possibilidades de construções teóricas, devido ao histórico colonizado do país. A atenção aos loucos entendidos como doentes tem seus primeiros passos já na Colônia, sob influência europeia quando da instalação da Corte Portuguesa, que trouxe a necessidade de repensar a cidade, e também pelas primeiras ideias sobre o tratamento psiquiátrico que adentravam no país através de estudiosos com formação médica no exterior, principalmente na Europa. As primeiras instalações de hospícios dão-se no estado do Rio de Janeiro, em 1852, então capital do Brasil, sob a influência da lei francesa em seu regimento interno (denominado Hospício Dom Pedro II ou Hospital de Alienados⁶); 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 da sociedade, além do grupo dos doentes mentais. Entre o conflito inicial da prática médico-científica e das práticas que foram sendo delegadas ao charlatanismo, aos loucos são utilizadas

⁶Termo cunhado por Pínel, em que *alienus* significa alheio, estranho, aquele que deve ser mantido longe.

sangrias, beberagens, benzeduras e outras técnicas que aos poucos foram sendo socialmente compreendidas como *incertas* e não-curativas, diante o fortalecimento das explicações científicas que buscavam interpretar e evidenciar os acontecimentos através de seus instrumentos.

Durante o Império, embora pouca atenção tenha sido dada a essa parcela da população, as instituições de ensino médico cresceram, como instalações de Santas Casas onde se ensinavam a Medicina e a cirurgia e a sistematização da prática na Academia Imperial de Medicina em 1829, que teve sua primeira cadeira de Psiquiatria em 1881, e em Colégios de Cirurgia. A legitimação médica para cuidar da loucura dá-se pelas reivindicações da “Academia Imperial de Medicina” a partir de 1830 e suas críticas aos cuidados prestados pelas Santas Casas do Rio de Janeiro, junto ao advento do cientificismo que após a Proclamação da República cria uma rápida aliança entre a recém-ciência psiquiátrica e os projetos estatais de controle social. O campo da ciência psiquiátrica vinha se legitimando a partir da formação de aparato de ensino e formas de atendimento, o que aponta que a não comprovação de resolutividade é o que faz a ciência prosseguir, pois há a necessidade de sempre estar em busca de respostas, o que faz a ciência constantemente garantir um público consumidor de seus resultados – ou não-resultados.

Na República, na década de 1920, constitui-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) com finalidades de profilaxia, tal qual as associações que ganhavam impulso em todos os países. O Movimento de Higiene Mental⁷ exerce influência na prevenção da insanidade e delinquência, identificadas pela razão criminológica; baseada na perspectiva relacional entre crime e marginalidade, e influência no fortalecimento de explicações racial, genética, eugênica e predominantemente morais sobre a doença mental, colocando

⁷Por Delgado e Lauridsen-Ribeiro (2014), tem-se que: “Em 1908, nos Estados Unidos, Clifford Beers publica o livro *A mind that found itself*, no qual conta sua experiência como interno em um hospital psiquiátrico. Em 1909, sob a influência desse livro, foi criado o National Comitee for Mental Hygiene (Comitê Nacional para Higiene Mental), dando origem ao movimento de Higiene Mental, destinado ‘a proteger e melhorar a saúde mental da população, estudar as causas dos distúrbios e deficiências mentais, preparar a aplicação de medida de tratamento e prevenção’ (PACHECO; SILVA, 1952 *apud* REIS *et al.*, 2010, p. 116)” (DELGADO; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2014, p. 41). Segundo Oliveira (2012), o higienismo surgiu tendo a ideia da eugenia como centro, sendo “inicialmente utilizado pelo fisiologista inglês Galton, para designar o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar qualidades raciais, físicas e mentais de gerações futuras” (OLIVEIRA, 2012, p. 164). No Brasil, a representação do Movimento ficou por conta de Gustave Riedel. O termo “higiene mental” só foi substituído pós-II Guerra Mundial com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) pelo termo “saúde mental”, em consonância com a definição ampliada de saúde que se consolidava.

o louco como um perigo social⁸. Galindo *et al.* (2014) baseado em Foucault (1979) sublinha que a Medicina com o caráter de cuidar da população foi se tornando mais higienista do que terapêutica, por objetivar mais organizar e fazer funcionar a ordem social do que cuidar de alguém que apresenta um mal-estar e demanda um espaço de problematização de si.

Quanto às bases iniciais da teoria psiquiátrica no Brasil apontamos suas diversas influências europeias, colocada em um constante compasso e descompasso devido suas diversas vertentes e aplicações, como demonstrado pelas influências nas formações dos hospícios no país. Como já posto, foi inicialmente na França que as concepções clássicas da Psiquiatria sistematizaram-se, e posteriormente mesclaram-se com as concepções alemãs, que acabaram por culminar no fortalecimento de uma Psiquiatria biológica como a vertente que se sobressaiu por conta de seus aspectos serem conformados no que se define como científico. Na América, as influências acabaram sendo dadas pelos Estados Unidos, onde a pesquisa clínica cresceu desde a I Guerra Mundial, sob o desenvolvimento de medicamentos e de aprofundamento nessa Psiquiatria biológica.

Os estudos de anatomia e o conceito constitucional ou fisiológico da doença foram fortalecidos pela imposição de sucesso das ciências mecânica, física e química dadas pela Revolução Científica no século XVIII, o que acabou por dar sentido à disseminação desigual e imprevisível da doença, tornando a vigília pessoal responsabilidade individual, porém pautada em aspectos pessoais e morais. O movimento de busca científica da Psiquiatria pós-processo revolucionário levou ao desenvolvimento de suas terapêuticas, que pululavam em diferentes locais, como apontado por Pélicier (1977); a cura insulínica em Viena em 1932, proposta por Sakel; o choque convulsionante por meio da injeção de cardiazol por Von Meduna em Budapest em 1936; a psicocirurgia de Edgar Moniz em Lisboa e o eletrochoque para uso clínico por Cerletti e Bini em 1952 em Roma; além do desenvolvimento dos psicofármacos, em 1952, que generalizam e dominam atualmente as práticas terapêuticas, conforme os dados desta nossa pesquisa e da literatura consultada.

⁸Importante mencionar que em paralelo às ações da LBHM, contrapuseram-se aos ideais eugênicos alguns psiquiatras que se destacaram e que buscaram aperfeiçoar e humanizar a assistência, rompendo com os limites do hospital psiquiátrico ao criarem ambulatórios em serviços públicos e escolas especiais para doentes mentais, como: Odilon Galotti, James Ferraz Alvim e Ulysses Pernambucano.

Assim, as modificações na concepção de loucura e os tratamentos dado pelas diversas aplicações que se afirmam terapêuticas às doenças mentais são descontinuidades relacionadas a contextos específicos (SOUZA, 2009) em constante dinamismo, o que nos evidencia que “verdades” e “descobertas” são configurações de processos que emergem por confluências, e que o acúmulo de conhecimento não significa um “saber muito”. Ao entender que toda prática humana encontra-se imersa em uma ordem social, entende-se que a ciência não revela a realidade e sim que ela auxilia e influencia na produção da realidade, dado que o homem produz símbolos e produz o social, construindo problemáticas e formas de compreender e de explicar essas problemáticas em diferentes momentos, situações e contextos.

Situaremos a seguir, a doença mental na infância e adolescência em busca de apresentar as raízes da estrutura da Psiquiatria infantojuvenil brasileira, que foi e é uma temática relevante nas e para as políticas públicas e aos cuidados populacionais gerais.

2.3 A formação da Psiquiatria infantojuvenil

Segundo Ariès (1981), o sentimento⁹ de infância organiza-se a partir do século XVII, sob a também organização das mudanças estruturais no papel da família, dos ideais burgueses e da organização da reforma moral-social que permitiu legitimidade às ações psiquiátricas. As mudanças que ocorriam na consciência coletiva quanto à nova percepção da criança e do adolescente, sob os novos costumes e novos padrões de comportamento, foram inculcados pelos livros de etiqueta, que continham instruções dirigidas principalmente à disciplinarização de crianças, e pela literatura pedagógica destinada aos pais e educadores, desenvolvidos com objetivos de ensinamentos dos novos padrões comportamentais.

A gestão dos atos imorais, que até esse período era de domínio da religiosidade, passa aos cuidados médicos e à vigilância escolar, iniciando formas de cuidar dos infantojuvenis que se expressavam sob o domínio da autoridade e legitimidade científica. A infância e adolescência ocupam em seu início de “papel social” um “lugar menor”,

⁹ “Na sociedade medieval, que tomamos como ponto de partida, o sentimento de infância não existia – o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem” (ARIÈS, 1981, p. 156).

sendo um grupo entendido como necessitado de intervenção. Destacamos os conselhos dados por J-B de La Salle *apud* Ariès (1981) para a disciplina de boas maneiras, em época de tratados e manuais de civilidade disseminados nos séculos XVII-XVIII, que demonstram a interação dos conselhos de saúde que de desenvolveram por concepções higienistas quando do processo urbano e científico-médico junto aos conselhos comportamentais – que demonstram a disciplinarização comportamental com base médica que se disseminavam sob definições de civilidade.

“As pessoas devem sobretudo cuidar para que não haja piolhos, pulgas e outras pragas, nem mau cheiro; essa precaução e esse cuidado são muito importantes com relação às crianças”. Há um longo discurso sobre a maneira de escarrar. “É vergonhoso parecer ter as mãos pretas e sujas; isso só é tolerável no caso de trabalhadores ou camponeses”. “Quando alguém sente necessidade de urinar, deve sempre se retirar pra um lugar bem afastado, e a convivência manda (até mesmo as crianças) que todas as outras necessidades naturais que se possa ter sejam feitas apenas em lugares onde não se possa ser visto.” “Não é decente desferir golpes com as mãos ao brincar com alguém.” Não se deve “sacudir os pés, nem mexê-los por brincadeira (nem mesmo as crianças), nem cruzar um sobre o outro (ARIÈS, 1981, p. 250).

O autor ainda coloca que as pessoas estavam submetidas pelo Estado “a todos os tipos de autoridades públicas e controles policiais [...] desde a escola até o tráfego das ruas e o serviço militar” (LA SALLE, s.d. *apud* ARIÈS, 1981, p. 250), similarmente ao citado por Machado (1978) que ao levantar o histórico da constituição da Medicina voltada à coletividade e da Psiquiatria no Brasil, evidencia os instrumentos técnico-científicos a serviço direto ou indireto do Estado, disseminados como critérios normativos individuais, o que nos evidencia que desde quando é percebida a infância é vista como necessitada de controle, que se impõe via família ou via instituições educacionais sob ideais correccionais ou outras, que podem se impor com ideais de medidas correccionais.

As práticas psiquiátricas voltadas aos infantojuvenis são sistematizadas a partir de 1930, ganhando visibilidade inicial em território estadunidense, com a clínica constituída por Leo Kanner, que conquistou notoriedade a partir da divulgação de seu Tratado de Psiquiatria infantil, que ainda é obra de referência dessa especialidade psiquiátrica. Com base em Bercherie (2001), a estruturação da Psiquiatria infantil deu-se em três grandes períodos, em que no primeiro não consta o reconhecimento do *eu* na criança, no segundo

consolida-se a consideração da existência da loucura na criança, porém as concepções são baseadas na loucura no adulto, - ainda estando a total subjetividade infantil ausente - e o terceiro período, que autonomiza essa especialidade ao compreender a criança como diferente do adulto e então voltar-se para análises e conclusões que considerassem o eu infantil como peculiar. Desenvolve-se durante o percurso de autonomização da infância com doença mental em relação à doença mental do adulto várias vertentes, que estudavam e disseminavam diversos discursos a partir da utilização dos instrumentos, como o teste de inteligência, as instituições públicas dirigidas às crianças abandonadas entendendo-as como delinquentes, as técnicas de psicoterapia e também a higiene mental.

Segundo Assumpção (1994), a estruturação do campo psiquiátrico voltado à população infantojuvenil dá-se a partir de grandes tendências dicotômicas, uma com visão biológica, preocupada com a nosologia e etiologia das doenças mentais, e outra com a visão que considera a psicologia do desenvolvimento, as questões familiares, sociais e educacionais do indivíduo em processo de doença mental. Tais vertentes conformam-se devido a esse campo de investigação ser tão antigo quanto o dos adultos, assim acumulando teorias, já que a busca investigativa sobre a vida do paciente doente mental adulto para o compreender era preciso vasculhar seu passado em busca de respostas para o seu momento atual, em busca de repressões, de traumas, de problemas cerebrais como possíveis ataques de epilepsia e afins – entre um amálgama para se solucionar problemas que se evidenciam pela plasticidade psíquica do sujeito. Segundo Foucault¹⁰ (2006), o poder psiquiátrico é disseminado fortemente a partir das crianças, pois as noções de “criança louca” iniciam-se desde o começo das análises psicanalíticas realizadas por Sigmund Freud, em que ao se buscar compreender o indivíduo em sofrimento mental encontra explicações de problemas durante a infância, culminando na apropriação desse conhecimento pela Psiquiatria que apodera-se do processo de produção do devir humano.

¹⁰Quanto ao uso do pensamento foucaultiano, a prioridade é dada pelo seu legado de estudos sobre as práticas *Psi*, interpretando como dissemina-se pela sociedade, conquistando espaço de atuação e aceitação para discursar e agir sobre corpos e mentes. É importante ressaltar que a partir do aprofundamento bibliográfico realizado em nossa pesquisa, houve contato com autores (CALLEWAERT, 2003; CAPELLE, MELO, BRITO, 2005) que buscam analisar e relacionar o pensamento de Foucault com o de Bourdieu, apontando compatibilidades e incompatibilidades. Não ignoramos a existência de um debate latente sobre tal temática, porém nossa pesquisa não tem esse recorte, sendo a adoção da literatura foucaultiana restrita ao seu levantamento arqueológico sobre o surgimento da Psiquiatria na França – sendo também um autor utilizado na maioria dos textos e pesquisas consultadas.

Segundo Bercherie (2001), a sistematização da clínica da criança estabeleceu-se em 1930 auxiliada pelas concepções funcionalistas, que compreendem a integração corpo-espírito em permanente tarefa de adaptação ao ambiente, na área de estudos psicológicos dos Estados Unidos por permitiram incorporação de teses psicanalíticas devido a facilidade epistemológica em assimilar sistemas de ideias. Nessa década, a ênfase das teorias existentes eram dadas às questões eugênicas e à busca de explicações e tratamentos da oligofrenia e da delinquência juvenil. Ao reconhecer a diferença nosológica para a população em questão e a nosologia adulta; a atenção **clínica** da Psiquiatria foca-se nas crianças e adolescentes, não mais caracterizando-as pelo adultomorfismo, havendo nesse momento segundo Bercherie (2001) *apud* Delgado e Lauridsen-Ribeiro (2014), a adoção da investigação psicopatológica pela psicanálise resultando na influência dominante dessa sobre a clínica infantil, inicialmente construída de forma diferente da clínica psiquiátrica do adulto profundamente marcada pelo espírito médico que a constitui. Desse movimento, nas décadas seguintes emergem estudos marcantes para o campo sobre o relacionamento infantil com o seu meio que levaram ao desenvolvimento de técnicas e clínica própria, como os estudos de John Bolwby sobre a relação mãe-bebê, os de Winnicott sobre o desenvolvimento psicodinâmico da criança, os de Bruno Bettelheim sobre o autismo, e estudos de trabalho psicanalítico de Melanie Klein e Anna Freud.

A Psiquiatria, infantojuvenil ou geral, constrói seu percurso permeada por diferentes concepções explicativas sobre um mesmo objeto, sendo que segundo Graeff (2006) a história da Psiquiatria é a oscilação entre a perspectiva biológica, que ele denomina de “Psiquiatria desalmada”, e a perspectiva mentalista, que denomina de “Psiquiatria descerebrada”, em que a primeira enfatiza as explicações calcadas no sistema nervoso central e se pauta em intervenções psicofarmacológicas, e a segunda que prioriza a experiência subjetiva e intervenções através da psicoterapia. No Brasil, a formação conceitual da Psiquiatria sofreu várias influências desenvolvendo-se sob poucas possibilidades de construções teóricas locais, pautando-se em concepções estrangeiras. Quanto à Psiquiatria infantil, seu desenvolvimento dá-se entre a Neuropediatria, com metodologia proveniente das Ciências Naturais que obtém a credibilidade científica derivada da e exigida pela Medicina, e a Psicanálise, representada pelo pensamento humanístico com maior possibilidade de articulação com outros campos extra-psiquiátricos. Essa especialidade, como já apontado, carrega em seu bojo a ideologia

higiênica e estigmatizante de segregações existentes na época de seu surgimento, desenvolvendo-se, assim, sob duas abordagens diversas: uma com horizontes biologizantes e projeções moralizantes que encontram suas práticas em diversas instituições, como o manicômio, a escola ou mesmo a família; e outra influenciada por correntes psicodinâmicas e sociais que se assentam em seu início em Departamentos de Pediatria. De acordo com Patto (2008),

Médicos psiquiatras, especialmente os que se reuniram na Liga Brasileira de Higiene Mental, somavam com os pediatras e educadores na defesa da intervenção maciça de instituições especializadas em práticas de criação infantil, desde as primeiras idades. Clínicas de Hábitos, Serviços de Higiene Mental Infantil, escolas maternais e Jardins de infância, nas quais a educação física seria a promotora principal da saúde do corpo e da mente, e programas de orientação de pais e mestres em práticas de higiene e puericultura faziam parte dos sonhos dos higienistas mentais voltados para a infância. Identificar precocemente os “anormais” para dispensar-lhes tratamento diferencial era considerada a maneira mais eficaz de evitar o crime, já que pesquisas estrangeiras, especialmente inglesas, francesas e italianas, indicavam grande incidência de anormalidades entre crianças e jovens em situação ilegal (PATTO, 2008, p. 187).

Assim, a Psiquiatria ganha espaço junto à educação intervencionista, corretora e comportamental da infância sob a alegação de garantia preventiva ou corretora do desenvolvimento anormal. Ao entender crianças e adolescentes como “moldáveis” e “ajustáveis”, por serem receptoras de intervenções de projetos políticos e/ou cientificidade psiquiátrica em busca de um aprimoramento da sociedade, a disciplinarização de crianças e adolescentes *cientifiza-se*. Tem-se o início da construção de um objeto privilegiado da Medicina que, de acordo com Machado (1978), centralizava seu saber em ações escolares, que não se davam com foco no ensino e aprendizagem de conhecimentos, mas em controle sócio-moral.

Segundo Machado (1978), esse processo no Brasil leva ao entendimento de que a não-aplicação do saber médico no estabelecimento de ensino significava comprometer o futuro da sociedade e tornava o colégio, de centro de formação de cidadão sadios e úteis que deveria ser, em uma ameaça a seus internos. O espaço de circulação e de intervenção do médico nas escolas era amplo, afirmado pela noção de que:

Para que uma escola exista e funcione, são necessários funcionários, professores e crianças. Todos eles, segundo os médicos, devem ser penetrados e desvendados por uma sábia autoridade, à qual devem se relacionar em termos de subordinação: a presença médica **não deve se restringir** ao espaço da enfermaria; seu poder de decisão e organização deve ser amplo, ocupando toda a escola. É o médico que deve decidir sobre a admissão de funcionários e professores, pois é ele que em **última instância é capaz de avaliar a idoneidade moral e intelectual** das autoridades educacionais. (MACHADO, 1978, p. 391. Grifos nossos).

Ribeiro (2006) ao tomar por base as mudanças nas concepções de infância no Brasil e o advento da classe médica consolidada quando da configuração burguesa no século XIX afirma-nos o surgimento da ideia de “defender a infância” sob a utilização de táticas médico-higiênicas na educação escolar, na pedagogia infantil e na orientação familiar. Ainda, 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. Isso evidencia o projeto de busca de identificação nacional com aspectos europeus, que interfere no entendimento de relevância das diferentes histórias entre os países e constituição de suas culturas, fenótipos e genótipos. O anseio em europeizar a criança era dado por se creditar à educação um processo de mudança, que segundo Serra e Scarcelli (2008), a intenção de se limpar a sociedade das crianças desajustadas são “ações herdadas – e hoje herdadas – de um ideal científico que provavelmente ainda repercutem entre nós” (SERRA; SCARCELLI, 2012, p. 208).

Ao aglomerar as crianças de uma dada sociedade em um só local – a escola - teve-se facilidade em definir quais eram os indivíduos que não se encaixavam no que era esperado nessa instituição, e assim foram definidos eixos para a anormalidade. Como apontado por Foucault (2006), criam-se estágios e velocidades para padronizar e medir as crianças: estágios relativos ao desenvolvimento considerado normal e objetivo de alcance, como “homem de bem”, “cidadão ético e moral” e todos os valores que se sobrepujaram na constituição da sociedade burguesa; e velocidades que definiam as crianças atrasadas, sendo que então eram encaminhadas aos tratamentos.

Essa dinâmica no Brasil é ativada pela busca do “aperfeiçoamento do homem”, com médicos e psiquiatras colaborando com um processo de moralização objetivando uma “nação próspera, moderna e mais saudável” (ARRUDA, 1995), evidenciando-se pelos ideais da LBHM a partir da década de 1920 e pelos ideais do projeto nacional-desenvolvimentista fortificado a partir da década de 1950, como formas não de uma “Psiquiatria preventiva”, mas, como posto por Machado (1978), de uma Psiquiatria como “instrumento de prevenção”, tendo suas raízes em projetos políticos que foram processados após a Proclamação da República em 1889, sob questionamentos de como superar o antigo, o atrasado, o monárquico (SILVA, 2009), em busca de imperativos de construção de uma nação civilizada.

É em 1903 que se implanta a primeira instituição brasileira voltada para a assistência à crianças anormais, que se dá pela criação de uma ala infantil no Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, denominado Pavilhão ou Escola Bourneville. O método proposto pelo pediatra Fernandes Figueira, responsável pelos tratamentos, foi inspirado pelo método do Dr. Desiré Magliore Bourneville (1840-1899), que concentrou seus esforços no processo pedagógico de educação de crianças de necessidades especiais. A compreensão de possibilidade de melhoria das crianças anormais, iniciou-se com os estudos de Jean Itard (1774 - 1838) e Edouard Séguin (1812 – 1880), atuantes em Bicêtre, na França. Os trabalhos de Séguin, segundo Silva (2009), apontavam a possibilidade de alteração, inibição e condução de características inatas e hereditárias através da educação. Porém, seu tratamento priorizou a moralidade acima das técnicas pedagógicas, por entender que a idiotia (definição de anormalidade amplamente disseminada na época) não significava “apenas uma diminuição ou uma parada do desenvolvimento da inteligência, mas acima de tudo uma supressão da vontade moral” (LOBO, 1997 *apud* SILVA, 2009, p. 204).

A construção do Pavilhão foi concretizado em resposta aos protestos e denúncias à assistência às crianças internadas no Hospício Nacional D. Pedro II. Segundo Arruda (1995), “ainda no período republicano, se levantaram vozes [...] contra aquele estado de coisas” (ARRUDA, 1995, p. 27), preconizando mudanças radicais no modo de tratar e assistir os doentes mentais, visando a entrega total do Hospício à administração do Estado, separando-se assim da Santa Casa, processo que ocorreu apenas com o advento da República. Constrói-se, então, um projeto de nação em que crianças “eram vistas como elementos fundamentais para a constituição, crescimento e prosperidade” do país, que

não seria bem sucedido “se não incluísse também as crianças anormais que, desassistidas, poderia refletir um futuro sombrio para a também jovem nação” (SILVA, 2009, p.205).

A infância torna-se tema prioritário do Estado republicano e alvo privilegiado do espírito cientificista da época, em que a Psiquiatria almejava tornar-se uma ciência educativa a partir de uma pedagogia higiênica. Serra e Scarcelli (2012) apontam o cenário paulista da Psiquiatria infantil na primeira metade do século XX, a partir da construção da Escola Pacheco e Silva em 1929 no Hospital de Juqueri, colocando que a classe médica teve presença significativa no plenário durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1934, concorrendo para a formulação de projetos de intervenção na infância e em soluções para curar a população, representando autoridade para discursar sobre impedimentos para a construção de um regime democrático, identificando a infância como foco principal de profilaxia e regeneração.

O *continuum* desse processo científico e educacional psiquiátrico tem, na década de 1980, uma mudança devido a imposição da concepção fisicalista da doença mental, compreendendo o comportamento anormal de forma objetivamente corporal, com bases físicas, químicas, cerebrais e neurais. Nessa década houve o impacto da divulgação da 3ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III, sigla em inglês), produzido pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA), que acabou por dominar a leitura do sofrimento psíquico, por conta de ser seus critérios adotados pela maioria dos países através da Classificação Internacional de Doenças (CID 10)¹¹. O processo que culmina na criação desse DSM, dá-se pelas críticas à baixa confiabilidade psiquiátrica, que iniciaram um movimento apontando a invalidez de tal ciência, que culminou nos movimentos globais de pedidos pela reforma epistemológica e prática da Psiquiatria, simultaneamente culminando no movimento da própria Psiquiatria organizar-se e aprimorar – de acordo com os aspectos científicos e então na visão da própria Psiquiatria - suas classificações.

Expandem-se, a partir de então, estudos e práticas psiquiátricas pautadas no funcionamento neural e suas bases físico-químicas; paralelamente a organização e crescimento de um movimento crítico à Psiquiatria que reivindicava reformulação de seus

¹¹ O impacto das pesquisas psiquiátrica que vinham sendo desenvolvidas foi tamanha, que ao se sistematizar o DSM III, os critérios definidos foram adotados pela CID em sua 10ª edição, contemporânea à 3ª edição do DSM.

discursos e de suas práticas. Os dispositivos reformuladores foram amplamente adotados como políticas oficiais de diversos governos, assim como houve amplo investimento a busca de conhecimento psiquiátrico com base biológica, sendo ambos os movimentos atuais como processos ainda em disputa. Temos o pressuposto de que a dominação da Psiquiatria biológica imposta nas últimas décadas acompanhou um processo de tecnicização da Medicina geral, que se conformou aos moldes do meio científico e prático, levando à desumanização de processos e relações que ao se especificar perderam a noção do todo, levando conseqüentemente à manifestação de práticas alternativas à tal, como uma dinâmica contrária à imposição e imponência dos meios científicos¹².

A Psiquiatria que perdia espaço explicativo e de ação diante as diversas críticas, como as bem retratadas pelo experimento de Rosenham¹³, foi restaurada pelas considerações das neurociências, que fortificaram argumentos de base científicas, demonstrando a capacidade de refratar as demandas ou pressões sociais à esse campo, que se defende ataques e consolida sua própria estrutura - sendo esse movimento uma das medições de autonomia do campo, segundo Bourdieu (2004a).

Os critérios de doença mental contidos nos DSM, segundo Burkle (2009), alteram-se conforme a modificação da própria Psiquiatria e também conforme influências externas à esse saber, pois as formas de elaboração do DSM refletem momentos históricos da Medicina – e não só - sendo que esse instrumento reflete a Psiquiatria e também a cria. Como apontado por Burkle (2009) as duas primeiras edições divulgadas em 1952 e em 1968 foram elaboradas dentro de uma perspectiva psicanalítica, enquanto as duas seguintes ao DSM III lançadas em 1994 e 2013 refletem a Psiquiatria biológica. O impasse dá-se em enquanto a Medicina aponta sinais *fisiológicos*, a Psiquiatria não possui um agente etiológico evidente, levando à ainda inconsistência de afirmação de existência da doença assim como uma terapêutica resolutiva, embora o fortalecimento nosológico causado pelo DSM III.

O interesse pelo funcionamento cerebral não é algo novo no Ocidente, já que nos séculos XVIII e XIX tentava-se localizar áreas pontuais do cérebro responsáveis por

¹² Dentro disso, citamos a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, que busca de colocar em prática os princípios que produzam mudanças nos modos de gerir e cuidar no cotidiano dos serviços de saúde, pautados em cuidado integral do paciente.

¹³ Esse experimento foi realizado nos Estados Unidos pelo psicólogo social David Rosenham, que objetivou testar os diagnósticos dos hospitais psiquiátricos para prová-los como não-confiáveis. Um debate e uma análise sobre esse acontecimento e sobre as definições diagnósticas é encontrado em Moreira (2010).

comportamento, emoções e traços identitários (CARVALHO; AZIZE, 2011), como apontamos pelo início científico da Psiquiatria figurada por Bayle e sua busca por comprovações “concretas” de existência da doença mental, dicotomizando-a em explicações tendendo tanto ao psiquismo compreendido como abstrato quanto ao psiquismo compreendido como físico-cerebral, o que legou vertentes com concepções opostas no compreender e lidar com o com o doente mental.

Ainda sobre o movimento de ataque e defesa que consolidam o campo psiquiátrico, tem-se que a Psiquiatria da primeira metade do século XX, além de sofrer influência da psicanálise, começou a sofrer diversas outras mudanças, tais como os diversos tratamentos biológicos (malarioterapia, lobotomia, uso de clopromazina e citrato de lítio) que culminaram na criação dos psicofármacos, e das doenças provocadas por traumas em soldados pós-II Guerra Mundial que a levou a constituir serviços comunitários. Por ser baseada em diagnóstico dimensional, houve “excessos de pessoas diagnosticadas, e diversos casos onde um mesmo indivíduo tinha diagnósticos diferentes, produzidos por profissionais diferentes, a partir da inferência clínica de cada um” (BURKLE, 2009, p. 38), o que enfraqueceu a confiança à uma prática que não se dava como sistematizada e impulsionou a indicação do uso de psicofármacos como escolha majoritária de terapêutica às doenças mentais.

Segundo Pacheco (2007), até o advento dos psicofármacos o saber psiquiátrico permaneceu numa “posição desviante em relação ao otimismo positivista” (PACHECO, 2007, p. 119), pois o caminho do tratamento que os psiquiatras tinham eram as psicoterapias para os casos leves e as instituições para os graves. Com as indicações psicofarmacológicas, vertiginosamente aumentadas a partir da década de 1950, houve grande investimento na área e a nosografia que se desenvolveu e vem se desenvolvendo nessa base química e neurobiológica, universaliza e apaga as várias querelas teóricas, por minimizar a relevância de debates e discussões sobre diversidades situacionais e contextuais das doenças diante a emergência de um saber de alcance universal (PACHECO, idem), aqui identificado como o instrumentalizado pelo DSM. Segundo o mesmo autor, “pode-se dizer que a Psiquiatria moderna tornou-se presa de seu próprio sonho” (PACHECO, 2007, p. 120) já que se afirmou como especialidade médica sob auspícios de avanços científicos e se aprisionou em um discurso que desvaloriza a clínica, a observação e a construção particularizada universalizando e massificando formas de viver e de sofrer (PACHECO, 2007).

Todo esse movimento levou à inversão dos conceitos do campo psiquiátrico voltado à crianças e adolescentes em seu princípio marcado Psicanálise com interesse clínico pela subjetividade dos indivíduo, levando à quantificação objetiva do normal do comportamento infantil que são definidas de formas abrangente e generalizável pelo campo psiquiátrico, através das classificações do DSM.

Assim, esta pesquisa ao buscar analisar as predominâncias no tratamento infantojuvenil em relação à sua doença ou saúde mental, não se desvincula da questão de compreender como o saber psiquiátrico vem sendo convocado a responder ao mal-estar que a infância produz no projeto social (KAMERS, 2013), já que percebemos, a partir da literatura até aqui apresentada e pelos dados levantados na pesquisa empírica que serão apresentados adiante, que a Psiquiatria baseada em classificações, nas denominadas evidências científicas e no uso de medicamentos, estrutura uma forma específica de se compreender a doença mental infantojuvenil.

A articulação das críticas à teoria e prática psiquiátrica modificaram percepções sobre essa ciência, levando à um movimento global de pedidos por modificações de como se entendia e se tratava e prevenia a doença mental, que trouxe diversas mudanças e propostas heterodoxas ao *know how* psiquiátrico.

2.4 A Reforma Psiquiátrica e as transformações do campo

No Brasil, o processo reformista da Psiquiatria torna-se objeto de debate público, ao se situar no contexto de renascimento dos movimentos sociais e redemocratização; caminhando junto às lutas populares contra a ditadura militar, que se articularam em vários setores da sociedade, evidenciando o contexto que clamava por modificações nacionais em diversas instâncias. A Reforma Psiquiátrica brasileira teve interferência e foi fortificada pelo movimento da Reforma Sanitária, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O guia para o processo reformista na Psiquiatria brasileira é apontado pelo modelo de Reforma Psiquiátrica italiana, sendo seu expoente o psiquiatra Franco Basaglia, atuante no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, que tem por referências iniciais experiências alternativas ao modelo hospitalar de tratamento e as teorias de Michel Foucault e Erving

Goffman, que analisaram a Psiquiatria considerando as relações de exploração e opressão presentes na sociedade (HEIDRICH, 2007).

Heidrich (2007) afirma que as primeiras ações da Reforma Psiquiátrica italiana limitaram-se a operar na própria estrutura hospitalar e seguiram o modelo de Comunidade Terapêutica, que foi uma experiência iniciada na Inglaterra criada pós-II Guerra Mundial e consagrada por Maxwell Jones em 1959. Basaglia, após conhecer experiências alternativas à Psiquiatria tradicional que vinham sendo desenvolvidas em outros países, produz críticas por entendê-las como um continuação das ações institucionais de violência; e lidera um trabalho de desmonte da estrutura manicomial, a partir de sua atuação no Hospital San Giovanni em Trieste, em 1971. Esse trabalho o levou a querer construir um “circuito” de atendimento que oferecesse e produzisse novas formas de sociabilidade e subjetividade, em que se projetasse sobre a comunidade construindo a noção de território, “como o espaço onde se constrói o conjunto das referências subjetivas, sociais e políticas que formam o cotidiano de vida, bem como a inserção dos sujeitos no meio social” (HEIDRICH, 2007, p. 51). Esse processo italiano que se disseminou globalmente ficou conhecido como “desinstitucionalização”.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica deu-se como uma denúncia de um sistema hospitalar de cronificação de psiquiatrizados (DELGADO, 1997), em que todas as pessoas eram objetificadas em prol do apagamento de subjetividades, não tendo importância suas histórias, culturas e sofrimentos (AMARANTE, 1996).

O caráter brasileiro dos pedidos pela Reforma Psiquiátrica, além de seguir os passos internacionais que visavam o fim dos maus tratos àqueles que adoeciam mentalmente, teve também como ponto inicial a denúncia de um processo lucrativo na expansão dos leitos psiquiátricos, denunciando uma dispendiosa e cronificadora “indústria da loucura”. Delgado (2010) afirma que a construção de um aparato fortemente determinado pela expansão da rede de leitos financiados pelo governo caracterizou uma situação de comercialização da loucura, em que a situação foi modificada pela intervenção dos profissionais e entidades na condução das políticas públicas, quebrando os muros de um saber hegemônico corporativo. O convênio com a rede pública era altamente rentável para a iniciativa privada, que entra em crise a partir dos anos 1970, com as denúncias contrárias à prática psiquiátrica de então, que enfrenta também dificuldades em sua conjuntura econômica e administrativa.

Esse processo lucrativo e a influência internacional de práticas de desinstitucionalização levam à severas críticas ao aparato psiquiátrico, visando a reformulação, ou deslegitimação e desconstrução de suas práticas. Tem-se em 1978 uma greve de médicos da Divisão Nacional da Saúde Mental (DINSAM), tida como marco inicial da organização do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil - o que não significa a anulação da existência de articulações anteriores em diversas esferas sociais. Em acordo com os objetivos das reivindicações por novos modelos clínicos e epistemológicos, que causaram fissuras nas políticas psiquiátricas praticadas em diferentes países, exige-se novas fórmulas para o dispositivo institucional e teórico da Psiquiatria; objetivando a eliminação de cuidados hospitalocêntricos – centrados em hospícios e manicômios – e então, a descentralização do poder psiquiátrico, tido como núcleo dos conhecimentos sobre a doença e a saúde mental.

Emerge assim, a base de construção para uma terapêutica extra-hospitalar e multiprofissional, sendo a partir dessa noção e prática que podemos compreender nesta pesquisa a Psiquiatria como um *subcampo* científico atuante juntamente a outros subcampos dentro do grande campo da saúde mental. Entende-se esse campo como formado por um compartilhamento entre seus agentes de uma perspectiva paradigmática, preconizada pelos objetivos da política oficial que institucionaliza os cuidados e prevenções à doença mental em serviços de saúde, porém, embora haja o discurso sobre a necessidade de se validar preceitos da concepção psicossocial, há a percepção de maior ou menor identificação a esse projeto de acordo com a posição e o campo de cada agente. Assim, compartilhar um paradigma é diferente de se ter homogeneidade em um campo.

É importante ressaltar que o trabalho multiprofissional com o doente mental, fortemente desenvolvido pós-processo da Reforma Psiquiátrica, não é uma inovação. Quanto à essa forma de cuidar voltada à crianças e adolescentes, houve as Clínicas de Orientação Infantil estadunidense implantadas durante a década de 1920, e no Brasil, houve trabalhos esparsos, sendo um que ganhou notoriedade foi o desenvolvido por Ulysses Pernambucano (1892 – 1943), visto como um pioneiro no desenvolvimento de técnicas extra-hospitalares no norte do Brasil, a partir de considerações da Psiquiatria Social, em época da implementação dos ideais da Liga Brasileira de Higiene Mental.

Com a complexidade das relações no contexto inicial da organização da Reforma Psiquiátrica entre as questões científicas e políticas que rondavam o campo psiquiátrico, advém o paradigma biopsicossocial de saúde, que traz o entendimento de que a doença

não totaliza a pessoa, levando ao detrimento dos métodos curativos e fortificação dos métodos preventivos; disseminando-se pela prática médica e não-médica a multidisciplinaridade em lidar com o doente mental. Destacamos que, segundo Costa (1989), as transformações que vieram ocorrendo apresentaram novos aspectos quanto: a) ao objeto, com a atenção à saúde mental em detrimento à doença mental, b) ao objetivo, com a fortificação da prevenção da doença mental, c) ao sujeito de tratamento, voltado à coletividade e não apenas ao indivíduo em si, d) ao agente profissional, representado por equipes comunitárias e não por um líder médico-psiquiátrico, e) ao espaço de tratamento, com a comunidade sendo o palco e não mais a instituição hospitalar, e f) a concepção da personalidade, entendendo o indivíduo como uma unidade biopsicossocial e não apenas biológica.

Se, por um lado, o alto índice de prevalência, assim como a inoperância da estrutura asilar, estavam na base dessa remodelação do modelo assistencial psiquiátrico público (e nesse sentido visava a uma adequação entre a forma de prestação de serviço e a “demanda avaliada”), por outro, subjacente tanto à inovação da prática terapêutica quanto à extensão do atendimento prestado, encontrava-se a formulação de uma dimensão “psicossocial” na caracterização etiológica das “doenças mentais”. Esta formulação, ao orientar as diretrizes ministeriais para uma “Política de Saúde Mental”, passou a postular “doença mental” como modalidade preventiva que requereria o controle terapêutico dos indivíduos e das relações interpessoais, percebidas como fonte de tensões e problemas presentes na origem dos distúrbios psíquicos (CARDOSO, 1999, p. 30).

Assim, percebemos que é o conflito dentro de um campo que possibilita a dinâmica do campo, como evidenciado pela ciência psiquiátrica que se conforma aos novos moldes que estavam sendo delineados no campo da saúde mental para não perder seu espaço de atuação. A Reforma Psiquiátrica que trouxe novos rumos e ações à epistemologia e *práxis* de até então, pode ser compreendida como uma prática heterodoxa, de acordo com os conceitos bourdieusianos, inserindo agentes de diferentes campos nesse jogo de transformações, que levou à reorganização profissional e à “tensões e conflitos, que ativa e muda os atores sociais, que modifica o aparato jurídico do Estado, cria contradições, inventa instituições de cuidado, provoca a universidade, modifica as políticas” (MUHL, BERLATTO, s.d., p. 224).

Ressalta-se que os campos possuem mecanismos universais que são especificados em função de variáveis secundárias, sendo que o mecanismo comum a todo campo bourdieusiano dá-se pela existência de um conflito, que pode assumir formas diferenciadas diante as especificidades de cada campo, mas que se configura em o dominante tentar defender o monopólio e excluir os concorrentes, que são os heterodoxos.

No campo multidisciplinar e multiprofissional da saúde mental, que concretiza a existência dos Centros públicos brasileiros de atendimento à saúde mental, encontram-se campos científicos em concorrência, que os compreendemos como subcampos, sendo reprodutores em micro-escala do campo em que se inserem, porém possuidores de autonomia, sendo a busca por maior autonomia o que leva às disputas entre si e à constituição de uma hierarquia de subcampos dentro do campo da saúde mental. Dessa forma analítica, compreendendo a autonomia e o poder como relativo, buscamos elucidar nesta pesquisa, a partir do estudo de caso realizado em um desses Centros voltados aos cuidados de infantojuvenis diagnosticados com ou sob suspeita de doença mental, as disputas entre os agentes dos diferentes campos disciplinares e profissionais para legitimarem o discurso desses campos, tendo como foco o campo psiquiátrico, devido seu percurso histórico, científico e social que viemos apresentando.

A explosão de reivindicações durante as décadas de 1960 e 1980 resultam em concretude e novidades legislativas a partir da Constituição democrática de 1988 que prosseguiram nas décadas seguintes, como a institucionalização do sistema público de saúde (SUS) sob princípios de universalidade de atendimento e acesso, integralidade do cuidado, equidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação social. Quanto à saúde mental, em 2001 aprova-se a Lei nº 10.216 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, que é entendida como uma atualização e redefinição dos parâmetros da Portaria nº GM/MS nº 224/1992, que havia sido aprovada pelos coordenadores e assessores de saúde mental dos estados do país. A partir de 2001, há a imposição legislativa de as práticas demandadas aos doentes mentais estarem sob as concepções de tratamento biopsicossocial, emergido pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, garantindo o cuidado integral aos usuários, a inserção social, o atendimento por multiprofissionais, e também ações intersetoriais no território de atuação dos serviços desse novo modelo, visando a criação de uma rede de cuidados, entendendo o território

como geográfico, social e afetivo-existencial do doente (NUNES *et al.*, 2010), como proposto pela Reforma Psiquiátrica italiana.

Os serviços substitutivos de caráter público, que estavam sendo implementados por agentes trabalhadores da saúde mental durante as décadas a partir de 1980, tiveram regulamentação e oficialização legislativa através da Portaria GM/MS nº 336 em 2002 sob a divisão dos serviços conforme especialidades, variação de público e tipo de atendimento, variando assim o tamanho dos equipamentos, a estrutura física, a composição da equipe técnica, o regime de tratamento e a diversidade terapêutica. Esses serviços são os denominados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram adotados como o investimento da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) para o tratamento, assistência e prevenção da doença mental, sendo o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) o serviço de nosso interesse nessa pesquisa.

A adesão a esse novo paradigma de atenção psicossocial não foi homogênea, com seu percurso sendo paralelamente construído à articulação de representantes contra-desinstitucionalização, com estratégias de ocupação dos espaços coletivos-públicos, como “ampliação da participação de seus representantes nas instâncias responsáveis pela definição dos princípios e diretrizes para saúde mental” - principalmente pelos donos de hospitais (LUZIO; YASUI, 2010, p. 20-21), e atualmente, com grande representação da indústria farmacêutica, que segundo Luzio e Yasui (2010), não tem medido esforços para se adaptar a esse novo cenário político-assistencial.

Atentamos também a resistência dos trabalhadores em aderir e realizar transformações no interior das instituições de Saúde Mental e também a resistência cultural a romper com a lógica manicomial, apontadas por Luzio e Yasui (2010), que evidencia a heterogeneidade de concepções dentro do campo da saúde mental – embora possa apontar aparente adesão e aliança, devido ao compartilhamento de paradigma. Porém, segundo os mesmos autores, “de maneira geral, pode-se afirmar [...] que o confronto de posições, embora possa reativar a inércia do instituído, possibilitou a emergências de novos atores e novos caminhos e a construção de ações transformadoras” (LUZIO; YASUI, 2010, p. 21). É dessa forma que ao se constituir a dinâmica de um campo constitui-se também as críticas à esse campo. Nesta pesquisa, essa identificação foi abordada de forma atenciosa através das críticas aos modelos substitutivos oficiais, a partir do levantamento bibliográfico, pelos documentos oficiais divulgados pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Regional de Medicina do

Estado de São Paulo (CREMESP), organizações do campo médico que apresentam conflitos com concepções não-médicas dentro do grande campo da saúde mental, detalhados neste trabalho.

Nessa dinâmica de emergência e organização de uma nova lógica, segundo Amarante (2005), não há rompimento com práticas manicomiais devido a ação corporativa de categorias profissionais e os interesses das indústrias farmacêuticas, embora sejam serviços que constituem-se em uma matriz efetiva para a construção de mudanças. Fonseca e Jaeger (2012) também apontam que a loucura desamarra-se das camisas de força dos hospitais psiquiátricos para novos dispositivos terapêuticos e que os procedimentos manicomiais de tratamento e cura ampliam-se em inúmeros serviços públicos. Nessa mesma compreensão, Telles (2006) afirma que os princípios da atenção psicossocial “reeditam os da Higiene Mental, agora não focados na conduta e no caráter, mas nos desvios daquilo que se pretende como normal” (TELLES, 2006, p. 122),

Segundo Foucault (2006), embora os processos de “despsiquiatrização” a conservação do que ele denomina de poder psiquiátrico é dominante, devido ao uso de psicofármacos que anulam a verdade do paciente e também devido à produção de uma verdade sobre o paciente, sendo essa verdade uma produção de via única, levando o psiquiatra ou o profissional da saúde mental a ser o sujeito dominante na relação ciência-doença mental - por ser o portador d conhecimento científico que determina o que é saúde e o que é doença mental. Nesta pesquisa, buscamos demonstrar o quão arraigada a definição diagnóstica psiquiátrica se faz presente mesmo em ações que visa a não-submissão a esse modelo.

De acordo com Bourdieu (2004), é necessário a ciência ter um público consumidor de seus bens, instâncias de consagração e instituições encarregadas de produção e difusão de tal saber e técnicas. A linguagem da doença mental faz-nos procurar por lugares próprios em que possamos recolher o paciente mental, em cada nova etapa, produzindo-se pelo confronto locais aclamados como melhor que o anterior (SZASZ, 1994; FOUCAULT, 1978). É devido à necessidade de se ter uma justificativa para existir que os subcampos que constituem o campo da saúde mental, mesmo os que criticam a hierarquia psiquiátrica, são unidos pela busca de legitimar um discurso sobre um mesmo objeto, que é a doença mental, necessitam da existência de um indivíduo portador de doença mental para legitimarem suas ações e suas essências.

Goffman (1974) também aponta a necessidade da sociedade em fazer existir certos tipos instituições, como as que buscam manter o doente mental sob controle ou mesmo afastado da sociedade, que se dá por conta da existência de um público que demanda tais ações, que segundo o autor, dá-se por conta de haver um mercado específico para elas. Goffman (1974) define os hospitais psiquiátricos como uma “instituição total”, que se caracteriza por despersonalizar os sujeitos ao ignorar as subjetividades em prol de atendimento das regras e dos objetivos autoritários da instituição, abordando que se “fossem eliminados todos os hospitais psiquiátricos, amanhã os parentes, a polícia e os juízes pediriam a criação de outros hospitais; os verdadeiros clientes do hospital psiquiátrico exigiriam uma instituição para atender às suas necessidades” (GOFFMAN, 1974, p. 310). Assim, evidencia-se que o campo científico não se constrói “só” cientificamente, já que a demanda social também o cria.

Como estamos apresentando, os preceitos científicos e sociais articulam-se em busca de atualização e ressignificação conforme a configuração contextual, como as mudanças do percurso psiquiátrico em sua persistência para se tornar válido científico e socialmente que levaram à sua configuração pós-Reforma Psiquiátrica calcada em aspectos humanistas e fenomenológico-existenciais e sociais, de forma contra-hegemônica à vertente psiquiátrica constituída até então, durante a primeira metade do século XX.

Nessa conjuntura, emerge também ressignificações nas concepções de infância e adolescência, que abordaremos a seguir, para auxílio compreensivo e analítico do processo de construção das percepções atuais da constituição da saúde mental infantojuvenil – temática deste trabalho.

2.5. Crianças e adolescentes como objetos e produtos sociais

Importa-nos apontar como foi dada a construção social e política dos infantojuvenis no Brasil, entremeando tal questão ao nosso interesse específico de pautarmos-nos nos cuidados, assistência e prevenção voltados à saúde mental desse grupo. As situações consultadas através da bibliografia dessa questão do cuidado e as aferidas durante a empiria, levam-nos a necessidade de apresentar abordagens da assistência geral e do entendimento geral sobre esses indivíduos.

Como afirmado anteriormente, a infância e a adolescência emergem sob o olhar adultocêntrico a partir de noções de devir e ausência, enquanto posição infantojuvenil que é entendida como complementada em outra fase da vida que não o seu presente como criança ou adolescente, o que insere essa população em um *locus* de necessidade de atenção e proteção sob a noção de cuidado e assistência. O caminho de cuidado advindo do Estado no Brasil iniciou-se a partir de 1920 com uma legislação baseada em uma aliança médica e jurídica visando e garantindo um “saneamento social”, ao compreender a situação da pobreza como geradora de “crianças abandonadas” e “jovens delinquentes”, e também sob a lógica de isolamento e segregação, que dialogava com a lógica técnica psiquiátrica da época, representada pelos ideais da LBHM. Foram três legislações brasileiras que marcaram transformações jurídica e social para a população em questão: a primeira, de 1927, conhecido como Código Mello Mattos, a segunda o Código de Menores de 1979 (Lei nº 6.697), ainda sob caráter estigmatizante contido na primeira, apresentando “internações em massa” e sendo aplicado, majoritariamente, aos infantojuvenis que se encontravam em situações vulneráveis em decorrência de abandono, carência, vitimização em crimes ou por desvio de conduta e/ou autoria de infração, e a terceira o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, que rege as ações atuais. Essa última é balizada pela doutrina da proteção integral que evidencia que todos os cuidados protetivos e promotores de desenvolvimento destinam-se às crianças e aos adolescentes (BRASIL, 2014, p.13)¹⁴; em contraponto à doutrina da Situação Irregular que predominava na legislação brasileira anterior, sob o paradigma menorista e seus corolários institucionais, como os abrigos e centros correccionais.

Sob os ares de reconhecimento dos infantojuvenis como sujeitos de direito e também através da Psiquiatria preventiva que veio se instaurando, ações voltadas ao campo da saúde mental infantojuvenil são desenvolvidas pelo Estado a partir da década 2000, visando a fortificação política de implementações guiadas pelas concepções do ECA. As ações anteriores voltadas à saúde infantojuvenil foram iniciadas na década de 1940 com a criação do Departamento Nacional da Criança – órgão conjunto do Ministério da Saúde e da Educação - com programas envolvendo a maternidade, a mortalidade

¹⁴ O ECA considera como prioridades de crianças e adolescentes: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias, b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e a juventude.

infantil e a delinquência, e o Serviço de Assistência do Menor (SAM) – órgão do Ministério da Justiça – que funcionava sob orientação correcional-repressiva. Essa lógica foi alvo de críticas que levaram à criação em 1964 da Funabem (Fundação do Bem-Estar do Menor), que herda a cultura organizacional anterior, concebida por ideais disciplinares de controle correcional. Destacamos a criação da Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE), na década de 1950, com ampla multiplicação, que demonstra a ação organizativa da sociedade para agir de forma filantrópica, já que havia a ausência do Estado em se atentar à tal população. Em 1964 implanta-se a ditadura e estagna qualquer tipo de avanço que objetivasse o bem-estar real das crianças e adolescentes. Na década seguinte, 1970, vários setores da sociedade iniciam traços de mudanças para assistir a população que nos interessa, que influenciaram na forma sistematizada das instituições cuidadoras atuais.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), os serviços de saúde mental devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar e possibilitar ações emancipatórias, considerando as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro (BRASIL, 2005). Afirma-se a necessidade de dar voz e escuta aos jovens dos quais se trata, e reconhecer o sofrimento mental da criança ou do adolescente como próprios e se afirma que isso não é prática corrente, caracterizada por uma leitura moral em que o outro sempre fala pelo sujeito ao qual nunca se dá voz. O Ministério da Saúde discursa sobre a inclusão desses usuários nas discussões de como se montar as instituições para eles voltadas, em busca de não se reproduzir “na assistência o ato de se discursar sobre ela [a população infantojuvenil], para ela, e de saber por ela o que é melhor para ela” (BRASIL, 2005, p. 12).

Diante disso, tem-se através do projeto político assistencial às crianças e adolescentes diagnosticadas com doença mental o ideal de considerá-los sujeitos ativos na construção do que para eles se volta. Como abordamos a necessidade de se compreender o lugar social atual dessa parcela populacional específica, para apontarmos qual o entendimento geral sobre elas, questionamos a passividade desses agentes diante as definições adultocêntricas que guiam a percepção social.

Segundo Szasz (1994), uma criança não ingressa em algum tipo de terapia psíquica por livre e espontânea vontade; ela é levada por alguém, o que o leva a sugerir a doença mental infantil poder ser apenas um comportamento que incomoda os adultos, que

têm autoridade legal e poder para defini-la e controlá-la, transferindo à Medicina-psiquiátrica a responsabilidade de cuidar da má conduta das crianças, baseando-se em tratamento e psicopatologizando esses indivíduos. Nesta abordagem, destacamos a desconsideração do presente em prol de imposição de uma cultura já pré-estabelecida à vivência das crianças, que segundo Abramowics (s.d.) *apud* Santos (2012), procura perfeccionizá-las. Diante uma insatisfação nunca preenchida ou alcançada via uma “obsessão evolucionista” (CORTELLO, 2013), apontamos a ignorância social ao ritmo do desenvolvimento peculiar de cada criança, sendo relevante atentarmos-nos em como a Psiquiatria vem sendo convocada a responder ao mal-estar que a infância produz ao projeto social da atualidade (KAMERS, 2013).

Segundo Oliveira (2008) em sua análise dos documentos da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a concepção de infância e adolescência, ou seja, sendo essa a noção adotada legalmente pela maioria dos países, há generalização em denominar um “povo-criança”, não tomando tais conceitos como uma construção estrutural e cultural, considerando que diferentes espaços produzem diferentes infantojuvenis e então diferentes infâncias e adolescências. Oliveira (*idem*) afirma que o projeto político em cima da infância e juventude não é neutro ao entendê-la como “capital humano do futuro” desconsiderando-os como **são** e se pautando no que precisam **tornar-se**. Gomes (2009) cita a análise de documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde brasileiro, divulgados entre 1976 e 1994, feita por Grossman e Cardoso (1997) para entender como tais órgãos definem o conceito *adolescência* e apontam que se dá por três critérios: 1. Cronológico, 2. Construção de um padrão típico de adolescente e 3. Hegemonia do biológico. Através desses dados, problematizamos essa questão ao apontar como se poderia construir uma “saúde singular”, como desejada pela Medicina Integral, se as bases que guiam documentos oficiais são homogeneizantes - e no limite não consideram diversidades sociais, o que no campo da saúde mental pode levar à patologização da diferença por conta de desrespeito à formação estrutural e cultural de formas de entender.

Oliveira (2008) afirma existência de *infâncias* (Sarmiento, 2005; James & James, 2004 *apud* Oliveira, 2008), sendo a infância uma noção que não pode ser uniformizada devido a construção infantil se contextualizada em diferentes estruturas. A concepção de infância contida na noção adotada e seguida globalmente, ao menos legislativamente, dá-se por uma desconsideração de experiência de diversidade, ou seja, adota-se a noção de

infância como pré-produto da fase adulta conformando-a ao entendimento de ser apenas um “capital humano para o futuro”. A crítica contida nas análises de Oliveira (2008) dá-se pelo fato de que a criança deve ser considerada como um ator em sentido pleno e não simplesmente como um ser em devir; pois a criança é um “sujeito social, que participa de sua própria socialização, assim como da reprodução e da transformação da sociedade” (Mollo-Bouvier, 2005, p. 393 *apud* Oliveira, 2008, p. 65).

Pensando no caso da infância, as crianças são o exemplo da figura máxima de “tutelado”, pois “é um dos símbolos mais fortes da ausência de liberdade” (KOHAN, 2005, p. 249). A sociedade adulta fundou uma autoridade sobre a criança como se essa relação fosse algo natural diante desse pequeno ser humano que precisa ser controlado, em nome da proteção de que necessita devido a sua fragilidade e debilidade (OLIVEIRA, 2008, p. 88).

Eduardo e Egry (2010), a partir de uma análise de como os trabalhadores que lidam com *infantjuvenis* entendem o ECA, concluem que o Estatuto impulsionou o aumento de programas específicos, porém não significou aproximação ao seu objeto, concluindo que as instituições percebem a adolescência e o adolescente desvestido de sua sociabilidade e historicidade, e que o objeto da atenção continua o adolescente com problemas, e não o sujeito de direitos.

As crianças se dão como uma população estratégica de investimentos, sendo vistas como trabalhadores e cidadãos do futuro, não aparecendo como são ou como seu bem-estar pode ser considerado **hoje**, sendo instrumentalizados para uma sociedade futura, porém também são “atores sociais e participantes da rede de relações que formam a sociedade; [que] por meio de sua participação, elas também contribuem para as sociedades a que pertencem e não somente o fazem na vida adulta” (ALANEM, 2010, p.14). Vistas por uma *socialização vertical* tendo os valores do mundo adulto inculcados, a criança passa a ser teoricamente entendida como produtora de um meio próprio, a partir dos anos 1990, com os estudos sociológicos sistematizados sobre a infância, que auxiliam à compreensões além da passividade infantil. A construção de políticas da área da saúde para adolescentes **com** os adolescentes é necessária para que aqueles que lidam com tais possam acolher dúvidas e dar suporte à emancipação gradual e responsável; para que se reconheçam capazes de operar mudanças significativas no curso da própria vida e de contribuir no processo de desenvolvimento de seu país.

Em busca de um discurso de não-verticalização nos cuidados às crianças e aos adolescentes, o Ministério da Saúde (2014) aponta que

ao contrário da tradição que considera este [o infantojuvenil] inacabado como negatividade e o equaciona com menos direitos, a nova doutrina reconhece que, exatamente porque tais seres ainda “inacabados”, tal porvir deve ser valorizado positivamente e indica a necessidade de mais direitos para preservar e fazer o referido porvir se realizar em toda a sua potência (BRASIL, 2014, s.p.).

Os infantojuvenis constituem-se como grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde por estarem em um ciclo de vida particularmente “saudável”, porém os riscos produzidos pelo contexto social e desigualdades por processos históricos de exploração e discriminação influenciam no gozo dos direitos e oportunidades a que os jovens brasileiros têm acesso. Gomes (2009) aborda divulgações do Ministério da Saúde que definem a adolescência sobre a perspectiva do desenvolvimento psicossocial, trazendo a possibilidade de se discursar sobre *adolescências* e a inclusão de opiniões dessa população para a construção de políticas direcionadas à elas.

As transformações realizadas a partir da década de 1970, apontadas anteriormente, refletiram na corporificação dos serviços de cuidado à saúde mental infantojuvenil atuais, articulando os preceitos da Reforma Psiquiátrica, do SUS e do ECA às novas abordagens institucionais, que buscam integrar um tratamento de saúde baseado em setores territoriais, a partir de articulações com instâncias conectadas à proteção e à garantia de saúde. O início de uma efetiva e sistemática política de Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA) que estimulasse a intersetorialidade foi atrasada por conta de os olhares de mudanças serem sempre voltados aos pacientes internados nos manicômios, já que as crianças, em sua maioria não estavam inseridas nesses espaços e sim em abrigos, instituições do judiciário, hospitais para deficiências variadas e até mesmo em suas próprias casas.

Os efeitos e impactos perversos da institucionalização de crianças e jovens diagnosticados com doença mental foram apontados na II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1994, sendo que as diretrizes para o processo de desinstitucionalização dessa parcela da sociedade foram determinadas em 2004, através da criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (FNSMIJ). Embora a Portaria GM/MS nº 336 existente desde 2002, foi a partir da criação do Fórum que a

visibilidade às diversas dificuldades que por muito tempo ficaram em segundo plano, ou eram até mesmo ignoradas, foi especificamente dada.

É relevante atentar-se a construção de estratégias que garantam o bem-estar da população de nosso interesse devido a existência de um contexto atual que produz crianças e adolescentes sob um estado de “apagamento de subjetividade”, entendendo-os como objetos em busca de benefícios econômicos e sociais futuros, e também or serem produtos de uma sociedade que os “rejeita” em seu presente, causando-lhes sofrimento por essa situação, objetificando-os e produzindo concepções de doença por conta de seus desajustes na sociedade.

Oliveira (2008), afirmando sobre esse movimento, aponta que:

o capitalismo, ao mesmo tempo em que joga as crianças no risco e as transforma no próprio risco, faz dois movimento inversos: primeiro, produz a “criança-risco” como o “outro” como negação absoluta; num momento posterior, utilizando-se de suas medidas de proteção e assistência, transforma essa criança em “portadora de direitos”, ou seja, produz a criança como uma identidade negativa e depois recusa essa negatividade para dar ao capitalismo um sentido positivo de ação (OLIVEIRA, 2008, p. 162-3).

Por conta da percepção generalizante- e omissa - sobre crianças e adolescentes que se estende em nossa sociedade, é fundamental questionarmos o quão efetivo são as estratégias já existentes e o quão realmente contemplam o enfrentamento acerca das limitações no cotidiano desses jovens (FERNANDES, 2014, p.108). Segundo Adorno, Vasconcellos e Alvarenga (2011), serve-se acesso, mas não retira os “necessitados” das “margens” que a “sociedade incluída” cria e recria.

Interessa-nos apresentar que se foi analisado nos cuidados ofertados pelo profissionais de um CAPSi, que devem buscar a emancipação progressiva do usuário e seus responsáveis, de acordo com as diretrizes políticas oficiais da PNSM, e simultaneamente praticarem tal cuidado pautados na relação hierárquica que a autoridade científica impõe, no caso uma autoridade classificatória por conta do uso do DSM. Assim, os atos desses agentes são propulsores propulsor de criação de novas ordenações de poderes, pois tais ações guiam-se “em prol da cidadania do outro [que] pode *vir* a reordenar progressivamente assimetrias de poder, se este cuidado se reelabora na gestão ajuda-poder” (PIRES, 2004, p. 477). Tendo como objeto de análise as disputas produzidas pelos agentes dos subcampos constituintes de um CAPSi, apresentaremos a seguir como

se deu a realização da pesquisa empírica e o que foi permitido perceber, questionar, refletir e analisar a partir das questões até aqui apresentadas de acordo com o levantamento bibliográfico que norteou a pesquisa.

3. METODOLOGIA

Para compreender o campo, segundo Bourdieu (2004; 2004a; 2011), deve-se entender sua lógica de funcionamento e evidenciar o que se encontra em disputa, sendo necessário reconstituir a gênese desse campo. Assim, em busca de elucidar a formação da instauração da Psiquiatria infantojuvenil como campo científico no Brasil, e o prosseguimento desse processo, iniciado por políticas públicas a partir de instituições de cuidado, que lhe deu aval de discurso social legitimado, levantou-se o histórico da formação dessa especialidade como ciência e como prática, o que nos guiou a perceber algumas questões durante a permanência em um CAPSi para a efetivação da pesquisa empírica.

Para compreender a atuação desse saber na atualidade, realizou-se um estudo de caso em um aparato de cuidado à saúde mental infantojuvenil, localizado em uma cidade de porte médio no interior do estado de São Paulo. Buscou-se, durante a empiria, coletar dados que elucidassem a relação da ciência psiquiátrica com as outras ciências que se constituem também como cuidadoras da saúde mental. Com a realização desse estudo buscou-se alcançar reflexões sobre a complexidade em que esse aparato institucional insere-se, realizando práticas multiprofissionais, mas pautando seu funcionamento e oferta de serviços a partir de conceitos científicos do campo psiquiátrico.

Apoiados em Yin (2005), afirmamos que o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que permite “explorar situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados” (YIN, 2005, p. 35), já que a investigação empírica auxilia a compreensão dos limites entre um fenômeno contemporâneo e o contexto das vidas dos sujeitos que vivenciam esse fenômeno. Ao abordar questões sobre a contextualização do Centro e sua função social foi possível compreender a relação interacional entre a particularidade escolhida para realizar um estudo – o CAPSi – e o universal em que ela se insere – a política pública de saúde mental brasileira. Assim, temos que as particularidades são formadoras de um todo que depende e forma essas mesmas particularidades, tal como posto pelo pensamento *relacional* bourdieusiano.

A pesquisa empírica foi autorizada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar através do envio de documentos ao sistema Plataforma Brasil online e também aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde do município em que o Centro escolhido

localiza-se. Os dados foram coletados a partir de observações participantes diretas realizadas em reuniões de discussão de caso entre a equipe multiprofissional sobre os usuários do CAPSi, e em reuniões entre a equipe do CAPSi e equipes de setores de saúde mental do município, com a participação da coordenadora municipal de saúde mental (C.Sm.). Foi-se produzido um diário de campo, consultado para a análise e sistematização dos resultados.

A abordagem empírica foi realizada, portanto, a partir de:

1. Observações diretas em reuniões da equipe do CAPSi e em reuniões da equipe do CAPSi com as equipes de outros serviços de saúde mental do município. A necessidade de expandir a pesquisa extra-CAPSi deu-se por esse ser definido pelo princípio intersetorial, que busca a construção de uma rede de cuidado local.
2. Entrevistas semi-estruturadas com os profissionais do CAPSi, especificamente com a assistente social (A.S.), com o neurologista (N.) e com a psicóloga coordenadora do Centro (P.1), que foram identificados como informantes principais.
3. Consulta e análise das Atas das reuniões de equipe do CAPSi, desde o início de seus serviços em 2005, que trouxe dados sobre o desenvolvimento desse Centro, apontando formas de realizações de trabalho interno e trabalho em relação com outros campos profissionais, disciplinares, técnicos e científicos, como os Centros de Assistência Social e as escolas localizadas no município.

É relevante apontar que a análise documental dos prontuários individuais, que foi sugerida como um método para a coleta de dados antes do início dessa pesquisa empírica, não foi realizada por conta de os diagnósticos e as terapêuticas ofertadas serem construídos durante a permanência dos usuários no Centro, não havendo anotações criteriosas quando sua chegada. A sugestão de analisar tais documentos dava-se pelo objetivo de buscar dados sobre o processo de terapêutica e de “alta” dos usuários do CAPSi, porém, além da dificuldade em se obter informações sobre esse processo, não houve nenhuma “alta” durante o desenvolvimento desta pesquisa. Os prontuários existentes geralmente indicavam uma suspeita diagnóstica e continham a carta de encaminhamento, quando os usuários eram advindos de outros campos – como se deu em sua maioria.

Descrevemos a seguir a configuração do CAPSi e a composição da rede de assistência à saúde mental do município, as considerações da equipe do CAPSi sobre os serviços componentes da rede, e como se deram os acompanhamentos das reuniões e as entrevistas. Adotou-se como apresentação dos dados levantados na pesquisa empírica a análise descritiva e qualitativa, a partir de uma descrição questionadora e reflexiva que objetiva demonstrar a complexidade da sistematização atual dos cuidados aos infantojuvenis diagnosticados ou sob suspeita de doença mental, que são permeados por uma política pública e subcampos científicos em conflitos.

3.1 Estudo de caso

A escolha do CAPSi estudado foi dada sem motivo específico, sendo esse o único CAPSi existente em um Departamento Regional de Saúde (DRS) contando com 24 municípios e abrangendo legitimamente apenas 4 destes, ofertando atendimento aos demais municípios apenas sob ordem judicial. Esse Centro, em funcionamento desde 2005, teve sua implementação dada por um grupo de profissionais trabalhadores da área de saúde mental que conquistaram essa instalação diante negociação com órgãos administrativos responsáveis, não sendo, portanto, implementado por iniciativa de gestão local.

A composição da equipe que constitui o CAPSi dá-se por: uma fonoaudióloga (atuante também no ambulatório de saúde mental infantil), uma pedagoga (já atuante também no CAPS adulto, no ambulatório de saúde mental adulto e no infantil), três monitoras (atuantes em turnos diferentes; com formação em técnico de enfermagem), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas (P.1, P.2) sendo uma a coordenadora do Centro, com função de representação burocrática (P.1), uma assistente social (A.S.), uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais - essas duas últimas não componentes da equipe científico-profissional.

O profissional médico do Centro (N.), único profissional do sexo masculino da equipe, tem sua formação em Neurologia. Sua atuação é permitida pelo Ministério da Saúde que libera para a composição dos recursos humanos dos CAPSi os profissionais médicos que sejam ou psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, o que nos evidencia a compreensão indiferenciada, por parte das noções que regem a PNSM, entre os três tipos de saberes, práticas e formas de serviços.

O serviço é definido pelo Ministério da Saúde como a porta de entrada para o tratamento do transtorno mental, sendo responsável por triagens, tratamentos e encaminhamentos, devendo agir de forma articulada com os outros serviços de atenção da rede de saúde e demais serviços que condizem à vivência dos usuários. O município conta com um ambulatório infantil, que também atende casos de doença mentais com diferentes especificidades dos atendimentos realizados no CAPSi¹⁵, conta com abrigos e fundações que encaminham usuários aos serviços do CAPSi, e conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS) na maioria dos bairros do município, que não demandam muito dos serviços do CAPSi na forma de encaminhamento de crianças e adolescentes - segundo os profissionais do CAPSi.

As modalidades CAPS têm por objetivo atuar no território em que os usuários constituem suas vivências, em busca de construir uma rede de proteção, assistência, cuidado e prevenção, baseando-se na intersetorialidade e municipalização. Assim, o território de atuação de um CAPS é o espaço da vida dos usuários, seus espaços sociais, que deve ser desenvolvido com parcerias aos recursos existentes na comunidade. Quanto as relações entre o CAPSi e os aparatos municipais que demandam seus serviços, a equipe do CAPSi avalia a relação com as UBS como satisfatórias por frequentemente haver diálogo para aconselhamento de acompanhamento aos infantojuvenis que possam aparentar algum tipo de transtorno mental. Quanto ao restante, reclamam da alta demanda enviada pelo ambulatório infantil, embora avaliem seu próprio quadro de recursos humanos como suficiente, a exigência de muitos atendimentos o sobrecarregam. Afirmando a dificuldade de realização de atividades extra-CAPSi por não haver investimento financeiro dos órgãos administrativos responsáveis e também pela ausência de parcerias, colocando a relação com as equipes extra-CAPSi como dificultosas.

O CAPSi realiza trabalho prioritariamente em espaços coletivos, como grupos, assembleias de usuários e reuniões de equipe. Os atendimentos individuais são planejados conforme a identificação das necessidades dos usuários, sendo que entre os multiprofissionais o maior índice de atendimento dá-se pelos serviços das duas psicólogas e da fonoaudióloga. Quanto às origens das demandas, os usuários advêm, além dos aparatos já mencionados, de escolas e de pedidos judiciais de tratamento à usuários de drogas, geralmente adolescentes. É interessante atentar que há rara demanda espontânea

¹⁵ O CAPSi possui um protocolo próprio, que se refere ao atendimento das doenças mentais F40, F90, F91, F31, F32, F41, F84, F70, F71 e F42 contidas no DSM IV.

e procura pelas famílias e responsáveis por crianças e adolescentes com suspeitas de doença mental, sendo o acesso ao CAPSi dado majoritariamente pela forma institucional burocrática, através de preenchimento de formulário de encaminhamento, sendo uma forma impessoal realizada sem trocas sobre as situações dos usuários entre as equipes.

Destacamos que utilizamos nesta pesquisa o termo infantojuvenil para caracterizar os usuários do CAPSi sem dividi-los especificamente em crianças ou em adolescentes, tanto pelo foco dessa pesquisa não se dar na caracterização dos usuários e também tanto pela indiferenciação das categorias pela própria política que instaura o modelo assistencial do CAPSi, caracterizando os usuários como indivíduos de 0 a 18 anos. A legislação e as diretrizes consultadas nesta pesquisa não apresentaram a diferenciação entre o conceito de infância e adolescência, já que a PNSM coloca ambas as categorias como beneficiadas pelo atendimento dos CAPSi. Nas definições do Ministério da Saúde, que segue a definição etária da Organização Mundial da Saúde (OMS), há separação entre crianças e adolescentes em população de 0 a 9 anos completos e de 10 a 19 anos completos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover o direito à vida e à saúde, com serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que envolvam os cuidados do processo gestação – parturientes – nutrízes – recém-nascidos – crianças – adolescentes até 18 anos, estando o CAPSi inserido no processo a partir da fase do recém-nascimento¹⁶. Quanto às ações de tratamento do Centro estudado e a forma organizacional de atendimento aos seus usuários, as categorias por idade estão em evidência, sendo os usuário divididos em turnos ou infantil ou adolescente, com processos clínicos e psicoterapêuticos semelhantes, baseados em atendimento individual e oficinas em grupo.

Ao surgir como uma alternativa aos cuidados à doença e à saúde mental centrados na figura do psiquiatra e na verticalização profissional e do conhecimento, o CAPSi busca e impõe formas diferentes de organizar tanto o trabalho profissional, pautado em horizontalidade dos conhecimentos a partir da multiprofissionalidade, quanto a forma de lidar com o paciente doente mental, visando a promoção de sua autonomia e então inserção social, diferentemente das práticas tradicionais anteriores à constituição desses

¹⁶ Como demonstra o artigo de Brandão Júnior sobre o atendimento de um bebê com suspeita de autismo em um CAPSi, sob orientação psicanalítica de cuidado.

serviços substitutivos. Assim, entendemos o CAPSi como a concretização de uma nova prática que se forma sob diversos subcampos, constituído por agentes que carregam a visão científica de seu campo, caracterizado por diferentes *habitus*, disseminação de discurso e visões de mundo, o que nos traz a relevância do interesse em se analisar as ações dos agentes do CAPSi, por serem esses os implementadores da PNSM enquanto lidam com seus serviços no dia-a-dia, estando permeados e entremeados à exigências institucionais e à preceitos científicos de seus subcampos sobre a saúde e a doença mental.

No município em que se realizou esta pesquisa há reuniões mensais entre os serviços da rede de atenção à saúde mental, constituindo-se essa configuração como importante espaço de análise. O objetivo dos agentes participantes dessas reuniões é dialogar sobre a possibilidade de melhoras de serviços, sobre as relações entre os serviços e entre as instituições municipais, e para discutir sobre os usuários da rede. Ao percebermos a necessidade de ampliar a observação de reuniões aos encontros extra-CAPSi, todas as reuniões realizadas durante o ano de 2015 foram observadas.

As reuniões dão-se com os quatro serviços que constituem essa rede, a saber: ambulatório de saúde mental adulto, ambulatório de saúde mental infantil, CAPS adulto e CAPS infantil; em que há discussões de casos, informes das “novidades” gestacionais e administrativas dados pela C.Sm., assim como direções como os diferentes profissionais devem levar seus serviços. Há insistência por parte da C.Sm. em apresentar e discussões as noções de “trabalhar em rede”, “trabalhar junto” e na “não delegação”, e geralmente há “desabafos” pelas equipes sobre como lidar com as novas demandas emergentes e há relativa cooperação diante as problemáticas terapêuticas que surgem a partir da constante expressão “eu não sei o que fazer com ele! [usuário]”, com maior participação dos mesmos agentes durante as diferentes reuniões que foram acompanhadas.

Esses espaços entendidos como de construção coletiva pelos agentes multiprofissionais são importantes situações de análise para nós, por ser espaços de conflitos de subjetividades parcialmente guiadas por uma objetividade, que no caso concretiza-se pelas formas de cuidar instituídas pela política e pelas ciências que possuem o aval e o reconhecimento sócio-legítimo para discursar sobre e cuidar dos usuários da rede de atenção psicossocial do município. Assim, ao acompanhar os profissionais em espaços de reflexão conjunta sobre seu processo de trabalho e suas funções foi possível coletar dados que resultaram na descrição analítica utilizada como forma de apresentação da pesquisa empírica.

As entrevistas individuais foram focadas nos profissionais do CAPSi identificados como possuidores de maior capital institucional do Centro, sendo esses: o neurologista (N.), que tem destaque na instituição e no campo de nosso interesse por conta de sua figura médica, a assistente social (A.S.), que foi a profissional que auxiliou no processo de implementação do Centro no município, e a psicóloga coordenadora do Centro (P.1), tanto pela sua posição burocrática que carrega simbolismos, quanto por advir de uma área de estudos *Psi*, que possui maior aval diante os outros subcampos do Centro que não pertencem especificamente à essa área.

Durante o acompanhamento de alguns serviços diários do CAPSi em momentos pós-observação das reuniões das equipes da rede municipal e da equipe do CAPSi, puderam ser realizadas as entrevistas aos profissionais identificados como informantes principais. Durante esses momentos, percebeu-se uma programação e organização dos serviços ofertados, constituídos em atendimentos grupais e/ou individuais com horários fixos de início e término, embora a noção de rotina para os profissionais do CAPSi era um conceito que não se validava para apresentar a sistematização da forma organizativa do Centro, o que nos indica a percepção de diferenciação de serviços do CAPSi pelos próprios profissionais atuantes no Centro.

O acompanhamento de reuniões de discussão de caso da equipe do CAPSi entremearam-se aos momentos de entrevistas com as profissionais do Centro que se destacaram como informantes (P.1 e A.S.), já que os espaços das entrevistas tornaram-se limitados à pesquisadora, devido a sempre presença de mais de uma profissional no *lócus* destinado à essa atividade, embora houvesse constantes falas das profissionais citadas mencionando um “*pode perguntar*” durante as discussões de caso acompanhadas. Essas reuniões baseavam-se em preenchimento de fichas cadastrais dos usuários do CAPSi e em discussão de planejamento sobre quais procedimentos deveriam ser realizados com os usuários, permeado por uma apresentação sobre o contexto familiar e ambiental desse usuário para situá-lo à equipe, geralmente feito pelas profissionais citadas, e também pela psicóloga que não era a coordenadora do Centro (P.2).

Desse modo, as entrevistas com as profissionais da área não-médica foram constituídas de forma fragmentada e a que se complementou com um roteiro semi-estruturado foi a entrevista realizada com o profissional médico do Centro (N.), sob a exigência de hora marcada, devido a sua não-permanência no Centro e suas atividades

extra-CAPSi. Com essa entrevista nos foi possibilitado perceber de forma mais desanuviada a relação do Centro com a ciência psiquiátrica.

A forma que a pesquisa tomou quando sua realização empírica, levou à identificação da AS e da P.1 como informantes por conta de serem essas as profissionais que mantiveram maior contato com a pesquisadora, além da P.2. Tal identificação foi interpretada como uma delegação da responsabilidade do Centro às profissionais de maior capital institucional e puro do CAPSi, ou seja, a coordenadora e psicóloga (P.1), uma das implementadora do serviço no município (A.S.), e também outra psicóloga (P.2). A tentativa de entrevista formalizada e semi-estruturada foi, portanto, dificultada, assim como entrevistas com as demais profissionais, mas por empecilhos impostos pela equipe, mas pela própria dinâmica em que se inserem e que configurou nessa forma de levantamento de dados.

Como tomamos a relação particularidade-todo como um norte importante nesta pesquisa, a descrição dos dados empíricos estão embasados, além da reflexividade que as questões encontradas nos trouxeram, na compreensão de conflitos “amplos” que se dão fora CAPSi e interferem em sua situação. Dessa forma, considerar a dimensão brasileira para situar o CAPSi como particularidade inserida em um complexo contexto faz-se importante. O atual conflito em torno da forma de cuidar da saúde mental infantojuvenil em centros públicos de saúde é apontado a seguir com o objetivo de apresentar a visão da ciência psiquiátrica a partir de discurso de psiquiatras sobre a configuração atual da PNSM, para dimensionarmos a disputa entre a lógica horizontal de saberes emergida pósReforma Psiquiátrica e a lógica de necessidade de gerência e comando psiquiátrico nas instituições de cuidado e assistência, utilizando recentes divulgações oficiais de corporações médicas sobre a temática.

Complementa-se essa análise com a pesquisa empírica realizada em um CAPSi, objetivando demonstrar a relação entre subcampos e serviços intra e extra-CAPSi e também com a análise do *locus* dos usuários do CAPSi, sendo esses seus consumidores e produtos.

4. QUESTÕES DE PESQUISA E DADOS LEVANTADOS

4.1 A Psiquiatria como ciência e serviço público atual

O tema da saúde mental insere-se na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS); articulada com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI/S), em que se garante a busca do objetivo de contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável, estimulando a produção de novos conhecimentos direcionados às necessidades do SUS. No Brasil, as doenças mentais ocupam o primeiro lugar entre as causas de aposentadoria por invalidez – trazendo o interesse em sua prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2005b), sendo os transtornos mentais a principal causa da perda de anos de vida com boa saúde. Assim, as produções que emergem do conhecimento psiquiátrico afirmam estarem direcionadas para o fortalecimento das políticas voltadas para a prevenção, o tratamento e a reabilitação psicossocial das pessoas portadoras de doenças mentais. O fato de indivíduos economicamente ativos serem os mais afetados pelas doenças mentais gera impacto econômico no país e onerosidade nos serviços de saúde, o que gera incapacitação de mão de obra e gastos, sendo essa questão de preocupação política e econômica um dos motivos do aval facilitado ao desenvolvimento de ações científicas que visam a busca do bem-estar mental.

A PNCTI/S tem por ambição a utilização prática do conhecimento científico para geração de empregos, rendas e divisas, visando que o conhecimento produzido contribua para o aprimoramento das práticas de gestão do SUS e para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2014). Por se creditar à produção científica o almejo dos objetivos mencionados, é relevante buscarmos qual a produção científica brasileira atual destinada à população de nosso interesse, que apresenta um histórico de cuidado à saúde mental enraizado em práticas de controle social legitimadas pelo Estado.

O interesse pela infância e adolescência dentro do campo da saúde mental teve um aumento a partir do anos 2000, pelas muitas pesquisa voltadas à temática e pelas organizações de importantes núcleos de discussão, com capacidade de institucionalização, organização de aparatos assistenciais e divulgação científica e política. Em 2004, institucionaliza-se além do FNSMIJ, o Fórum sobre Medicalização da educação e da sociedade pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), e em 2009 cria-se o

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD), em que sua existência guia-se sobre os objetivos da Psiquiatria infantojuvenil em nosso país.

Segundo Miguel *et al.* (2009), o propósito do INPD é um conjunto de pesquisas-teste para promover o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente, buscando identificar indivíduos de risco por testes de intervenções **antes** da manifestação da doença, almejando colocar a Psiquiatria no **mesmo compasso** que outras especialidades médicas. Os autores afirmam que o objetivo do INPD é o de comprovar sua validade para a construção de políticas públicas, ao identificar grupos de risco e então intervir de forma preventiva assim minimizando custos com tratamentos de doença.

Pesquisadores atentos aos objetivos do INPD apontam críticas, afirmando-os como arriscados por se pautarem em busca de cura de uma doença ainda não manifestada, como Lima e Caponi (2011), que também apontam o uso de termos militares nos documentos divulgados pelo INPD, como “força-tarefa” e “missão” para definir seus projetos, iniciados em 2010¹⁷. As autoras afirmam a busca de diagnósticos baseados em comportamentos a serem contidos por medicamentos e por orientação de conduta, mesmo sem a manifestação ou a confirmação de doença mental nos indivíduos denominados “de risco”. Afirmam assim, que o risco de desenvolver um tipo de transtorno mental não é voltado para a criança, mas para o adulto doente e perigoso que ele pode vir a ser, o que leva a redução de experiências humanas a *scripts* restritos (NUNES *et al.*, 2010) e se esboça uma “gestão previsível de perfis humanos” (LEMOS, 2014)

Da mesma forma, Nascimento, Coimbra e Lobo (2012) apontam a existência de uma psico-higiene mascarada com novas e sutis linguagens científicas; e que é sob a premissa de **proteção** que se criam tecnologias de prevenção e se aperfeiçoam os

¹⁷ As práticas do INPD podem ser encontradas também 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**. Em articulação com seus propósitos, a intervenção em escolas dá-se pela capacitação do professorado em identificar e intervir em grupos de risco juntamente com a disseminação de programas de promoção de saúde mental nas escolas. Critica-se tal abordagem por não considerar “o que há por trás do comportamento anormal”: se não há relação temporal entre etiologia e sintoma não há possibilidade de conceber uma atuação preventiva. A Psiquiatria não se preocupa em resolver tal contradição pois são esses equívocos a trama de sua própria constituição: deforma afirmações de outros campos e os submete a um processo de reconstituição, mantendo propositalmente a obscuridade (COSTA, 1989).

dispositivos de imposição de corretivos desde a mais tenra idade. Pautando-nos em Castiel (2011), que classifica a ciência como uma prática orientada pelas noção de “risco”, colocamos que as instituições de saúde organizam-se considerando a subjetividade no âmbito das ciências médicas e epidemiológicas impregnada pela noção de incerteza, que é contrária à noção objetivista que a ciência moderna impõe. Por conta dessa contrariedade, há a necessidade de transformar a incerteza em certeza e esse movimento é realizado pela noção de iminência de um risco que necessitada ser evitado e controlado, que leva ao desenvolvimento de atividades de promoção de doença e de prevenção da doença – mesmo sem sinalização de existência de alguma doença em um sujeito ou coletividade.

A existência do INPD aponta-nos a presença do risco da doença mental guiando práticas científicas, entremeada a questões de segurança social e de economia, justificadas pelo combate ao aumento dos transtornos mentais no futuro. Segundo Miguel *et al.* (2009), as ações do INPD objetivam introduzir o conhecimento da Psiquiatria do Desenvolvimento nas áreas de pesquisa, na formação de Recursos Humanos, em novas tecnologias para atingir seus objetivos – através de parcerias e empresas – e por transferência de conhecimento para a sociedade, via capacitação de pais e professores e equipes de programas de saúde municipais.

Voltado à práticas investigativas e aplicadas sobre a doença mental na infância e na adolescência, o INPD é um complexo de ações que nos traz questionamentos sobre a possibilidade de ressignificação das práticas de controle político-disciplinar e ideologizante de outrora, denunciadas e combatidas a partir da organização da Reforma Psiquiátrica. Dos impactos desse processo sistematizaram-se os ideais preconizados pela PNSM que visam um tratamento baseado na concepção de cidadania e a oferta de processo emancipatório aos usuários dos CAPS, que aos usuários do CAPSi juntam-se à legislação e aos ideais do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O CAPSi é tido como uma solução e a aposta do Estado, mantido como formato oficial de uma política pública voltada aos problemas de doença mental, não aceito homogeneamente pelas classes profissionais que conformam os agentes do campo da saúde mental. As modalidades CAPS recebem críticas, especificamente advindas do campo psiquiátrico, da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que afirma a ineficiência dos CAPS e vem exigindo evidências científicas para a implementação do tipo das políticas públicas que a PNSM visa (ABP, 2009; 2014).

A ABP produz e divulga diretrizes ao modelo de atenção à saúde mental no Brasil em forma de oposição reivindicatória ao o que a PNSM sugere. Em 2006, a ABP produziu diretrizes alegando descaso pelos canais competentes do Ministério da Saúde, colocando a dificuldade de cumprir seu papel de agente de aperfeiçoamento de agências de saúde mental (BUENO *et al.*,2011). Nesse mesmo documento, segundo Gama (2012), a Associação defende a estrutura de tratamento do hospital psiquiátrico como lugar privilegiado de terapia e de ensino, e afirma que a concepção de doença mental que a Associação considera tem por base estudos científicos rigorosos “que contrastam e se opõe às interpretações discursivas e impressionistas dos fenômenos psíquico e dos problemas de funcionamento mental” (ABP, 2006, p. 7 *apud* GAMA, 2012, p. 1403). Gama (2012) ainda aponta que essa dispensa às abordagens discursivas do sofrimento mental, “repousa na concepção subjacente de que os únicos estudos válidos para a prática psiquiátrica são os que advêm da biologia molecular, da neuroimagem e da genética” (GAMA, 2012, p. 1407), implicitamente colocando a crença de que outras abordagens podem ser desclassificadas sem perdas significativas.

Diante a imposição da horizontalidade dos conhecimentos científicos e das profissões que guiam os CAPS, a ABP reclama por valorização do saber psiquiátrico, alegando que o psiquiatra vem sendo colocado como profissional secundário e prescindível à prática da Psiquiatria. Os documentos divulgados em 2014 explicitam a discordância da Associação com a construção de modelos assistenciais em saúde mental centrados em um único equipamento, como alegam ocorrer com a assistência atual centrada nos CAPS. A Associação critica o projeto da PNSM pelas suas ações que buscam a desospitalização dos serviços de assistência à saúde mental, alegando que não-investimento concomitante em serviços hospitalares e extra-hospitalares não condizem com a realidade de doenças mentais no Brasil, o que também é alegado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). O Conselho entende a internação psiquiátrica como um dos instrumentos fundamentais de tratamento por tempo breve (CREMESP, 2007), e em 2010 divulgou a conclusão de uma pesquisa realizada em alguns CAPS do Estado de São Paulo, em que aponta diversas falhas na constituição desses Centros, construindo assim argumentos de que os serviços extra-hospitalares não são eficazes. Porém, neste mesmo documento é mencionado que “com o esforço conjunto e a vontade técnica e política dos gestores e equipes profissionais [...] possamos estruturar adequada e rapidamente os cuidados ofertados pelos CAPS” (CREMESP, 2010, p.78). Ao final desse mesmo documento, é possível consultar a Lei 10.216/2001, em que se

garante a internação apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem ineficientes - ou seja, a legislação garante aos CAPS serem mediadores na internação psiquiátrica, e não explicita a total exclusão desse instrumento na RAAS – não havendo “desassistência” em internação legislativa.

Na literatura crítica ao modelo CAPS que foi consultada, além das publicações oficiais de corporações médicas, encontramos questionamentos sobre “se o novo modelo não [estaria] produzindo novos crônicos, caso a balança da desospitalização [pendesse] radicalmente para o outro lado” (SHIRAKAWA; GONÇALVES, 2007, p. 190), apontando o investimento político apenas no modelo “capscêntrico” (PICCININI, 2011), que se tornou uma “verdadeira ideologia” (SOUZA, 2009), já que “cogitar uma internação passa a ser visto como heresia” (SOUZA, 2009) dada a ênfase nos “direitos de cidadão do portador de transtorno mental, como se eles estivessem mais garantidos no novo modelo, mesmo que isso implique numa desassistência em situação de crise” (SOUZA, 2009, p. 10).

Pelos apontamentos feitos, evidencia-se as disputas pela posição ortodoxa no campo da saúde mental em que a Psiquiatria percebe-se como ameaçada diante a identificação de outras formas de lidar com a doença mental. Em busca de manutenção e/ou aumento de *status* científico, o campo psiquiátrico diverge e luta contra os campos que possam diminuir seu capital científico. Percebemos um atual choque entre os paradigma pré-Reforma Psiquiátrica, com pouco espaço para a horizontalidade de saberes e norteado pelo campo psiquiátrico, e o pós-Reforma Psiquiátrica, constituído por subcampos que objetivam a desverticalização de saberes.

A tentativa de enfraquecimento da PNSM e da construção conjunta de campos científicos é também evidenciada no Relatório de gestão da saúde pública mental dos anos de 2007 a 2010, em que se apresenta abordagens sobre o debate político com as corporações profissionais. O Ministério da Saúde, responsável por tal divulgação, aponta as divergências que opõem as entidades médicas, citando a Associação Brasileira de Psiquiatria, o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina, e a gestão da PNSM no Ministério da Saúde, afirmando a dificuldade de diálogo e a criação de animosidade, diante as afirmações da ABP de que a adequação e a efetividade dos CAPS e o processo de redução de leitos e a direção dos serviços de saúde mental deveriam ser exercidas apenas por médicos, já que haveria presumida recusa do SUS em contar com psiquiatras. O Ministério da Saúde contrapõe-se a essa afirmação demonstrando a

estatística de 5.500 psiquiatras que trabalham no SUS, que define como um número expressivo. O documento defende a horizontalidade das profissões e não a hierarquia médica que essas entidades exigem (BRASIL, 2011), enquanto Piccinini (2011) aponta que o investimento em um modelo sem resolutividade deu-se, em grande parte, por conta de sua construção ser realizada a partir do afastamento de psiquiatras do “planejamento das políticas públicas, de planejamento e de atendimento” (PICCININI, 2011, s.p.).

Percebe-se o conflito entre o campo político e científico-psiquiátrico que constituem o campo da saúde mental, que se configura pela reivindicação da Psiquiatria pela posição hierárquica em oposição às preconizações políticas de multiprofissionalidade, a partir de afirmações de ineficácia e contra as práticas constitucionalizadas nos CAPS. Pelo lado da atenção psicossocial, há a crítica, representada pelos subcampos científicos que compõem o campo da saúde mental, contra as práticas excludentes que estruturaram o campo psiquiátrico e consolidaram sua terapêutica. A intrínseca heterogeneidade de um campo é compreendida nesta pesquisa dada pela aquisição de *habitus* de cada subcampo e pelas disposições anteriores a entrada de cada agente nesse subcampo, que constitui as particularidades dos trabalhadores da saúde mental.

As diferentes opiniões sobre como guiar o campo de atuação científico, político e profissional dos agentes do campo da saúde mental puderam ser abordadas, resumidas de forma dicotômica entre o desejo individual de alguns profissionais em discursarem sobre a capacidade de cada um em melhorar sua forma de ofertar serviços e pelas opiniões de incapacidade transformativa dessa oferta de serviços. Nas reuniões em que se juntavam os trabalhadores das quatro instituições que formam a rede assistencial à saúde mental municipal, houve tanto relatos sobre a dúvida do alcance da Reforma Psiquiátrica e descrença em seus objetivos quanto relatos de ações transformativas, que dependem da afetação e sensibilidade dos agentes diante seus serviços.

Em busca de um referencial de saúde mental baseado em evidências científicas, dispendiosos valores são gastos nessa busca de capital científico, como ocorre com o INPD, em interação com diversas entidades internacionais que movimentam o maior investimento na área desde sempre (MIGUEL *et al.*, 2009). Em contrapartida a esse amplo e complexo investimento do campo psiquiátrico em busca de validação científica, tem-se os CAPS e a dificuldade de legitimação dentro do campo científico, que se dá pela ausência de dados avaliativos sobre os usuários dos CAPS, e então sistematização

científica da vertente psicossocial no cuidados aos infantojuvenis doentes mentais não havendo divulgação sobre melhorias ou não dos doentes mentais pelo tipo de tratamento demandado nestes serviços. Porém, é importante mencionarmos sobre a forma que o método científico avaliativo está dado, o que pressupomos a não afirmação científica dos CAPS ser dada porque a ciência dominante no campo da saúde mental não tem interesse nessa afirmação.

Segundo Reis *et al.* (2012), que realizaram um levantamento de dados em 19 CAPSi do estado de São Paulo, há a generalização de ausência de anotações sobre os procedimentos terapêuticos realizados com os usuários e também a incompreensão da forma de preenchimento dos Prontuários; afirmando que os procedimentos acontecem na prática, porém o preenchimento dos Prontuários e suas anotações são inadequadas. Assim,

Essas lacunas impedem a apreensão do esforço e do tratamento clínico desenvolvido pelos CAPSi, ocultam a estratégia voltada ao desenvolvimento de projetos terapêuticos e esmaecem a possibilidade de seguir o programa do usuário. Em suma, a falta de preocupação com dados dessa natureza revela-se danosa para todos os autores envolvidos no processo de transformação das ações voltadas à atenção da saúde mental dos sujeitos que procuram os Capsi (REIS *et al.*, 2012, p. 132).

Apontamos que a costura da rede de assistência à saúde mental pode ficar à mercê da informalidade, assim como análises de sucesso ou fracasso terapêutico, pelas vias das vertentes científicas, dos serviços capsicanos podem ser invisibilizados – processos que podem não significar desorganização, mas sim uma outra forma de se construir redes de cuidado além do método dado. Reis *et al.* (2012) apontam que a falta de sistematização informativa desses serviços é prejudicial ao seu objetivo de fortalecimento político, e também é prejudicial à organização interna dos serviços, já que não há registros do percurso terapêutico da demanda atendida, o que poderia facilitar a articulação de projetos voltados ao atendimento territorial, já que haveria dados sobre as problemáticas de doença mental local, clarificando a identificação de possíveis ações para o combate dos tipos de transtornos. Questionamos novamente, sobre a possibilidade em suspenso de se construir um serviço público de saúde baseada em outro método além do já sistematizado e pretendido pelas políticas e seus pais e diretrizes, evidenciando essa possibilidade a partir

do abordado no CAPSi estudado e a imagem da AS como “biblioteca do CAPSi”, em que não era necessário informações anotadas diante o conhecimento e memória dessa profissional, que auxiliou a fundação do Centro no município. Não se ignora a necessidade de se sistematizar dados para a memorização institucional e facilidade de acesso, mas evidencia-se a necessidade de se olhar para outras formas, para alternativas, para além do já incorporado.

O subcampo psiquiátrico possui amplo poder de ação no campo da saúde por ter sido dominante na constituição desse amplo campo, como demonstramos a partir de seu histórico, juntamente com as ciências *Psi* não médicas, como as tradicionais Psicologia e a Psicanálise, ora ampliando ou enfraquecendo sua dominação, conforme se definiam práticas clínicas e respostas à questão sobre a origem da doença mental. A adesão dos conhecimentos psiquiátricos pelas concepções biológicas disseminada a partir da década de 1980 encontra no entendimento do homem como um ser integral - a partir das concepções biopsicossociais – e na compreensão da saúde como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1948), a abordagem *Psi* de interação corporeamente, diferenciada da dualidade anterior. Assim, o movimento do campo da saúde mental que visa ser inter/multi/pluridisciplinar¹⁸ ressignifica o movimento do campo psiquiátrico, pautado majoritariamente em ideais cientificistas e dicotômicos, que objetiva impor sua lógica à dinâmica do campo mental formado por diversos subcampos, como apontado através dos objetivos críticos da ABP e do INPD, além de produzir compreensões desse campo diferente do seu a partir de concepções de seu próprio campo.

Nessa interação, o cientificismo psiquiátrico é pautado em validades que considerem aspectos físico e químico das interações cérebro e corpo, disseminando que estudos, abordagens e intervenções neurológicas – cerebrais – são mais eficazes do que os aparatos dos subcampos psicológico e psicanalítico. Dessa forma, a mentalidade social associa o cientificismo à aspectos corporais, o que amplia a busca por medicamento, por ser uma intervenção de solução rápida aos sintomas corporais das doenças. No CAPSi estudado, a busca incessante por medicamento é apontada na fala do médico do Centro,

¹⁸ Segundo Almeida Filho (2005) com base em Schramm (2002), coloca-se que multidisciplinar é “o olhar de várias disciplinas específicas sobre um mesmo problema, isto é, pontos de vista diferentes que produzem objetos teóricos diferentes” enquanto a interdisciplinaridade “é a utilização de vários pontos de vista, mas com a finalidade cooperativa de construir um objeto teórico comum”; assim, a multiprofissionalidade se daria no campo prático e a interdisciplinaridade no campo dos saberes. Segundo Furtado (2007) pode-se denominar a relação em equipe de interprofissionalidade, e segundo Antunes e Queiroz (2007), de um modo geral, o sentido interativo da interdisciplinaridade visa resgatar o diálogo entre o conhecimento humano e a realidade do mundo (QUEIROZ; ANTUNES, 2007).

que afirma a alta procura por parte dos pais das crianças e dos adolescentes do CAPSi, que são guiados a procurarem tal terapêutica majoritariamente por professores, num ciclo que ele representa como ausência de esforço por parte da escola em assistir infantojuvenis desajustados e então delegação do problema estrutural ao problema individual de doença mental. Segundo o médico, os profissionais das escolas convencem os pais dos alunos a encontrarem um diagnóstico e um medicamento para seus filhos, sob a alegação de melhoria comportamental dos alunos que são medicamentados, que de acordo com o N. é um percurso em que “*os pais não param até conseguirem*” e é um processo que “*óbvio que eles melhoram (...) eles estão sedados... não dão trabalho!*”.

Nessas falas do médico, há o reconhecimento de impaciência em lidar com infantojuvenis em nossa sociedade, que se inicia com os profissionais da educação que lidam diretamente com essa população, que colocamos existente dado o histórico disciplinar comportamental da própria noção de criança e de adolescente necessitado de complementação e intervenção para um bom desenvolvimento. Essa impaciência culmina em um não-aprofundamento dos porquês das questões comportamentais e emocionais dos infantojuvenis, em que as práticas procuradas para a resolutividade do que se define como desajustes são escapatórias pelos adultos para não refletirem sobre como lidam com tais problemáticas. Apesar da intenção reformista das últimas décadas, há uma naturalização pelo campo escolar dos diagnósticos em crianças e adolescentes e a persistência dos modos mais tradicionais como referências ao transtorno mental, levando a uma transferência de responsabilidade (FUCK, 2010), o que leva à banalização de prescrição de psicofármacos e desatenção à subjetividades (GUARIDO, 2007; FERRAZZA *et al.*, 2010).

Há ainda, o problema da existência de Diante essas questões e diante a mentalidade psiquiatrizante disseminada à sociedade, há a necessidade de se questionar se o avanço científico-tecnológico-médico contribui à assistência da saúde da população e se os processos encabeçados pela PNSM, ocorridos nos cotidianos dos CAPS, visam o desmonte de toda uma tecnologia que foi criada para normatizar corpos visando a passividade e obediência dos indivíduos.

A Psiquiatria entremeada a todas essas questões capilarizadas em ser ciência e buscar comprovações válidas e ser serviço público e buscar adaptar-se ao paradigma horizontal de saberes e métodos, pode produzir diversas abordagens que se corporificam em diversos agentes disseminados em práticas de cuidado, de ensino, de pesquisa e afins. Há agentes dentro do campo psiquiátrico que visam medidas lucrativas com a

comercialização de remédios e internações privadas, que dificultam o processo de práticas de inserção social, sob os cuidados integrais e subjetivos do paradigma atual do campo da saúde mental. Há, portanto, sob a atual lógica psicossocial, agentes nos cotidianos que não visam o desmonte da tecnologia criada para normatizar corpos visando a passividade e obediência dos indivíduos, o que demonstra a heterogeneidade de percepções inseridas no que se acredita ser uma lógica única e cooperativa.

O campo da saúde mental constitui-se por diversos subcampos, que também se dão como campos autônomos, que utilizam dos conceitos e critérios psiquiátricos para organizarem seus serviços ao triar doentes mentais a partir do DSM. Dentro do campo da saúde mental há, portanto, práticas concorrentes como a atenção psicossocial, institucionalizada nos órgãos de atendimento público à população que demanda cuidados e assistência à saúde mental, legislativamente defendida e apostada pela PNSM, e a internação instrumento legítimo do subcampo psiquiátrico. Assim, a questão da ética do serviço está em pauta nas decisões dos trabalhadores que se inserem nesse meio, que se confundem em definir qual a terapêutica mais eficaz para os indivíduos que se inserem na rede de cuidado à saúde mental, devido as vertentes em conflito e paradigmas amalgamados em disputa na constituição de suas ações.

Este movimento de busca de confirmação, imposição e ressignificação do campo psiquiátrico sugere que a perda de capital científico – no caso, delegação de parte de conhecimentos e práticas aos demais subcampos que compõem o campo da saúde mental pós-Reforma – resultam em reorganização de objetivos para continuação do *status* de autoridade e legitimidade suprema do saber e discurso sobre o fundamento da doença mental. Quanto à posição médica em relação às mudanças reformistas na Psiquiatria, houve uma inversão do impulso de jovens médicos que realizaram denúncias quanto ao trato aos pacientes mentais, sendo esse um dos pontos iniciais à organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que atualmente organizam-se em uma categoria que “lutam pela manutenção de seu status como protagonistas no tratamento e olham com maus olhos as experiências alternativas de cuidado em saúde mental” (ZGIET, 2013, p. 321), buscando outros significados e explicações simbólicas às suas teorias e empirias no momento pós Reforma Psiquiátrica.

A ciência psiquiátrica constrói seus alcances de modo dialético em busca de maior afirmação impositiva social, científica e politicamente, sendo que o que a contraria é o que lhe dá movimento, como se demonstra pelo olhar bourdieusiano de alianças e disputas

de um campo científico. Ao ser pautada nas concepções com bases biológicas dominantes em suas concepções científicas, que tomam o cérebro como objeto fragmentado do corpo humano devido sua base biomédica dominante atual, e ao entender o homem como um ser integral devido sua base biopsicossocial instituída pelo processo reformista, a Psiquiatria torna-se um campo paradoxal a ser compreendido em si mesmo ou até mesmo revelado.

Na tentativa de elucidar o *locus* atual da Psiquiatria na lógica *multi* de horizontalidade dos saberes, apresentaremos a análise descritiva das disputas dos subcampos do campo saúde mental que foram abordadas no CAPSi estudado, representadas pelas ações dos multiprofissionais em discussões sobre seus serviços e suas percepções sobre si mesmos e sobre outros agentes componentes desse campo. O até aqui exposto, visou argumentar sobre a coexistência de percepções diversas sobre o objeto *doença mental* na dimensão ampla da ciência e da política que institucionalizam o CAPSi e que serão descritas a seguir.

4.2 Multiprofissionais: agentes em campo

No campo de nosso interesse que definimos como formado por subcampos em um movimento de conflito e aliança, a investigação da dinâmica atual dessa relação resultou em compreensão de existência de formas tanto explícitas quanto não tão evidentes de disputas entre os subcampos científicos conformados nas multiprofissões do CAPSi. A forma de levantamento de dado, delineada anteriormente neste texto, possibilitou percepções de problemáticas entre o CAPSi e os aparatos municipais de cuidado à saúde mental infantojuvenil, como o ambulatório infantil e a APAE que denotam em não-cooperação de criação de rede de assistência, e também entre o CAPSi e os campos escolar. O CAPSi por trabalhar com a lógica intersetorial foca-se na construção de relações com os aparatos citados, sendo que as dificuldades existentes são explicitadas através das falas de frustração dos profissionais. A percepção dos conflitos “silenciados” deram-se na relação entre a equipe não-médica e o médico do Centro, pois a equipe não percebe o médico como um de seus pares dentro do campo da saúde mental e os pares desse médico são pressupostos nesta pesquisa localizarem-se no âmbito externo do CAPSi – em sua maioria, profissionais psiquiatras.

Ao se compreender um agente como produto de um subcampo, que dissemina diferentes formas de discurso e ações, a relevância de se abordar os multiprofissionais do CAPSi dá-se devido suas práticas e falas atingirem definições e critérios de triagem de usuários afetando cotidianos e compondo tratamentos que interferem nas vivências dos usuários e seus responsáveis. O campo dado como além de um espaço de luta como um espaço de aliança diante ameaças externas, é compreendido como um espaço também coeso quando seus agentes unem-se sob a ameaça de subversão às regras de campo que participam. Sendo as forças de um campo simultaneamente coexistentes, dependentes e estruturantes da ação dos agentes em conservar ou transformar sua estrutura, compreendemos a relação do que viemos definindo como paradigmas pré e pós Reforma Psiquiátrica como amalgamados na atualidade do campo da saúde mental em sua concretização de diretrizes e pesquisas sobre a doença mental infantojuvenil.

Os trabalhadores do campo da saúde mental são objetos de intervenções macrossociais, por necessitarem adaptar-se a regras institucionais, e microssociais, e por construírem relações entre si a partir de princípios ético-políticos diferentes que se trombam o tempo todo e pelos projetos pessoais que estão em curso em suas ações e que na interação com o outro são constantemente atravessados, gerando ou não consenso nessa interação. Apresentamos nesta seção, as questões e questionamentos abordados a partir do movimento de relação CAPSi na intersectorialidade, ou seja, sua relação com aparatos externos diretamente ligados a seus serviços que constituem a rede de saúde mental do município, e CAPSi no seu interno, ou seja, a relação entre a equipe não-médica e o profissional médico do Centro.

Segundo Gomes (2009), a partir de entrevistas feitas com trabalhadores da área da saúde mental infantojuvenil, a maioria dos profissionais não escolheu trabalhar nesses tipos de serviços, sendo o vínculo criado pelo manejo municipal, não se identificando com o tipo de trabalho exigido dentro do atual paradigma psicossocial. No CAPSi estudado e nos aparatos de assistência à saúde mental do município, os profissionais inserem-se nesse meio através de aprovação em concurso público sendo alocados aos serviços que precisam de atuações específicas, podendo identificarem-se ou não com a atuação na especificidade da saúde mental. O discurso dos trabalhadores do CAPSi estudado aponta o profissional atuante nesse serviço como diferenciado, já que não há rotina (no sentido de repetição diária de fatos), em que segundo a A.S., *“o trabalho não é para qualquer um... nunca se sabe o que está te esperando, tem que sempre ter um*

plano B, trabalhar com improviso”. Assim, o trabalho no CAPSi não é algo estritamente programado, e essa exigência de dinamismo também é apontada por N., que afirma que “o CAPSi tem um pensamento totalmente diferente” dos outros serviços da rede de atenção à saúde mental do município, especificamente ao da APAE e do ambulatório infantil; que geram situação de ausência de cuidado, sendo que a APAE, segundo esse médico, havia criado uma situação de desassistência em que as crianças “vão lá para dormir”.

A auto-identificação pelos profissionais do CAPSi como trabalhadores em uma lógica diferente do restante da rede de saúde mental infantojuvenil do município leva a críticas quanto a forma de organização dos outros serviços, o que foi explicitado durante as entrevistas fragmentadas com a A.S. e a P.1, que apontam a não inserção desses trabalhadores na lógica psicossocial. As problemáticas davam-se em relação a ambulatório infantil e a APAE do município, em que a P.1 avalia os trabalhadores do ambulatório como “sem vontade de se reciclarem” e a A.S. como “terem a cabeça feita naquilo”. A questão ambulatorial e a psicossocial na atenção à saúde mental é uma problemática de dimensão nacional¹⁹, que justifica o processo de junção em que o município vem realizando entre o CAPSi e o ambulatório, por conta de, segundo a C.Sm., a PNSM não preconizar mais a existência de serviço ambulatorial - o que evidencia a aposta progressiva do Estado nos serviços CAPSi.

Em busca de analisar a diferenciação dos serviços e obter a possível compreensão das diferenças da função social entre o CAPSi e o ambulatório, realizou-se tentativas de acompanhamento de reunião intra-equipe do ambulatório infantil, sob a autorização de realização de tal procedimento de pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde. Porém, nenhuma reunião foi realizada durante o período em que tivemos contato com o serviço. Esse acontecimento pode ser compreendido pelas constatações durante o acompanhamento das reuniões entre os serviços, em que vários trabalhadores da rede alegavam a desorganização, a não coesão, e a falta de interesse de entrosamento na rede pela equipe ambulatorial, fato que constatavam diante a pequena, ou mesmo rara, participação de trabalhadores desse serviço. Foi-se afirmado, em uma reunião, por uma trabalhadora do serviço ambulatorial, que a equipe do ambulatório possui “a mentalidade

¹⁹ As definições de serviço ambulatorial e serviço CAPSi estão definidas na PT/SNAS nº 224 de 1992, porém suas práticas se dão confusas e atualmente há tentativas políticas de avançar em melhoria de definição para tornar a rede mais eficaz eliminando essa relação.

de ter que atender só o emergencial, e não de discutir o caso”, o que nos evidencia lógicas e *habitus* diferentes entre os serviços.

No relatório de gestão da saúde mental no Brasil entre os anos de 2003 a 2006, há a afirmação de que a superação da dicotomia entre os serviços ambulatoriais e os do CAPS teve avanços; sendo necessário articular melhor a relação desses equipamentos, ainda sob a normatização da Portaria GM/MS nº 224 de 1992 (BRASIL, 2007). Em consulta a tal Portaria, o CAPS/NAPS²⁰ é posto como “oferta de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar”, sendo também posto como porta de entrada da rede serviços para as ações relativas à saúde mental. Na Portaria GM/MS nº 336 de 2002, que revisa a Portaria anterior, tem-se que os CAPSi II constituem-se como “serviço ambulatorial de atenção diária” sendo “responsável por coordenar as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico à crianças e adolescentes no âmbito de seu território”. Assim, a C.Sm. alega que após a com a junção dos serviços “*será tudo CAPSi*”.

Quanto à APAE, a equipe do CAPSi afirma resistência em se cuidar dos infantojuvenis autistas do município – serviço realizado pelo CAPSi. Segundo a A.S., não havia nenhum aparato de cuidado à essa parcela da população antes da implementação do CAPSi, e assim o histórico de cuidado aos autistas desse município inicia-se e se desenvolve sob a responsabilidade dos profissionais do CAPSi. A A.S. aponta que para o atendimento ao grupo específico dos autistas ter sido possível, os profissionais que auxiliaram na implementação do CAPSi fizeram cursos de capacitação, sendo por ela entendidos como profissionais “*que correm atrás*”, justificando o porquê de seu entendimento de “*falta de vontade de ir atrás de aprender ou mudar*” dos profissionais dos outros serviços.

A existência da APAE no município dá-se desde meados de 1990, e como no início do CAPSi o serviço era desconhecido e a demanda era pouca, houve o acolhimento de usuários além do “CID do CAPS”, que segundo a A.S. interpreta tal ação como erro, pois com os anos houve grande aumento da demanda sem haver aumento de recursos de atendimento, levando o Centro à defasagem. Há uma resolução estadual, a SS-63 de 03 de julho de 2007, que prevê a criação de Centros especializados para autistas, que no

²⁰ Não há diferenciação nessa Portaria entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

município estudado, segundo a A.S. há a afirmação de que “*o pessoal da prefeitura diz que tá caminhando*”, o que ela descrê. Destacamos a percepção da A.S pautada em atendimentos baseados em um CID específico, o que limita o acesso aos serviços do Centro e aprofunda as problemáticas relativas à intersectorialidade e divisão dos serviços que culminam em problemáticas de assistência e acolhimento ao usuário.

Ao se definir critérios de atendimento em diferentes serviços, Gomes (2009) aponta que

alguns trabalhadores se referem a um “buraco” que surge nessa divisão [critérios de aceitação por instituição], quando se tratam de casos que não se enquadram em nenhuma das definições quanto à gravidade [...]. Nesse aspecto, as questões do adolescente, podem intensificar essa percepção de uma “falta de lugar” para o tratamento, tendo em vista que sua queixa muitas vezes é de uma “falta de lugar” indiscriminada e difícil de ser caracterizada de acordo com as classificações e divisões políticas e técnicas dos serviços de saúde (GOMES, 2009, p. 119).

Essa divisão técnica sobre os tipos de serviços a serem ofertados e sobre os critérios de entrada dos usuários no serviço CAPSi é definida por critérios diagnósticos do DSM, que reduzem diversos aspectos da vivência da criança e do adolescente à m tipo de doença mental, pautados em aspectos vastos e predominantemente biologicistas. Os critérios diagnósticos causam confusão nas equipes, como acompanhado no CAPSi sendo essa a confusão que causa e motiva as discussões de caso, em que a equipe debate sobre qual o tipo de doença mental dos usuários e planeja as terapêuticas a serem aplicadas sob a triagem “é de CAPSi”/ “não é de CAPSi”.

A problemática intersectorial com os dois serviços, APAE e ambulatório infantil, eram expostas nas reuniões entre as equipe, em que havia constante reclamações da não-adesão à esses espaços pela equipe ambulatorial. A partir da divulgação ocorrida no segundo semestre da junção CAPSi e ambulatório, os planos para reorganização dos serviços foram as temáticas mais postas em pauta nas reuniões – o que levou à preocupação com a relação com a APAE, anteriormente debatida de forma constante ser pouco mencionada. Houve uma maior discussão sobre a prática do trabalho nas reuniões, com as reuniões contando com debate de textos sobre o processo de trabalho –

previamente compartilhado com todos os trabalhadores de todos os serviços – e com exibição de filme sobre práticas de atenção psicossocial. Os assuntos pautaram-se de forma majoritária em discutir sobre acolhimento, autonomia dos usuários e possibilidades de garantir a saúde à população assistida por formas não medicalizadas.

A temática do acolhimento tem sido constante nas reuniões sob a insistência pela C.Sm. na exigência de que não fosse feito “*pinga-pinga de paciente*”, em busca de construção de uma rede resolutiva aos problemas dos indivíduos. Pelas problemáticas postas e pela necessidade de discussão e aprendizagem sobre tais temáticas, sugerimos que o pano de fundo da problemática no fluxo dos serviços e da devolução de resolutividade ao usuário é a relação não-compreensiva entre equipes, assim como não-reconhecimento das funções da rede de assistência do município. Notou-se, portanto, dificuldades generalizadas nos serviços entre a triagem e o acolhimento²¹.

As reuniões dos serviços municipais acompanhadas acontecem devido o objetivo de construção de uma linguagem comum entre os diferentes trabalhadores dos diferentes serviços sobre o *know how* psicossocial. De acordo com as falas dos profissionais mais participativos nesses espaços, que vocalizavam seus pensamentos em busca de reflexão conjunta sobre a prática profissional no campo da saúde mental, e de acordo com C.Sm., que guia as reuniões entre os serviços, se houver inadequação na comunicação e então produção de diferentes linguagens haverá a criação de uma rede inconsistente. Nesses espaços, busca-se o comprometimento singular de cada trabalhador, buscando construir uma percepção de reciprocidade organizacional e de suporte organizacional, dessa forma construindo mentalidades e práticas que condizem aos ideais da atenção psicossocial.

A crença no “fazer diferente” de alguns profissionais é o que impulsiona à transformações de métodos arraigados, que interpretamos como a *libido* bourdieusiana - operação social de direcionamento do gasto de energia para certas conquistas. Essas ações podem ocorrer quando facilitadas pela confluência de interesses em outros espaços, como

²¹ Gomes (2009) diferencia triagem e acolhimento, colocando que o primeiro conceitua sobre “filtro” de quem pode ou não ser atendido na instituição, baseado na lógica da oferta previamente definida pelo serviço e não na necessidade da pessoa; enquanto o segundo conceitua sobre conexão em busca de respostas, sobre articulação de soluções, sobre agenciamento dos recursos mais adequados às situações. Nas reuniões entre as equipes, a coordenadora insiste em apontar que se deve acolher qualquer indivíduo que procure a instituição, mesmo não sendo a indicada para o seu problema. O acolhimento deve ser resolutivo e aberto, além-prédio, sem “é aqui ou não”, enquanto a triagem é separação entre atender ou não de acordo com o serviço da instituição.

vontade administrativa e gestacional. Como já posto, o CAPSi estudado teve sua implementação dada por iniciativa de um grupo de trabalhadores municipais da saúde mental, o que demonstra a capacidade ativa de alguns trabalhadores, o que nos leva a compreender as ações dos indivíduos e suas relações no lidar com o outro, mesmo dentro de uma instituição permeada por diretrizes e protocolos, como um trabalho de produção viva e relacional, sendo os multiprofissionais as peças executórias da PNSM, em que possuem aval para implementar e modificar a política em seu cotidiano institucional.

Os CAPS embora sigam mesmas diretrizes, são diferentes entre si no “grau de coesão da sua equipe, na ideologia de grupo que predomina ou orientação terapêutica, ou mesmo na dinâmica de grupo que prevalece entre os usuários” (NUNES *et al.*, 2010, p. 210). Nunes *et al.* (2010), afirmam que os serviços de saúde e suas tecnologias possuem culturas mais ou menos favoráveis ao manejo da experiência da loucura, sendo algumas excessivamente normalizadoras e então mais intolerantes e outras mais abertas e continentais. Afirmam um pressuposto de que os CAPS configuram microculturas produtoras de práticas sociais que vão ser utilizadas pelos usuários como recurso para a articulação da sua experiência de vida.

Assim, as equipes são entendidas como autônomas a partir do princípio de descentralização²² do SUS, que solidifica essa perspectiva aos agentes multiprofissionais das redes de saúde. Os serviços trazem diversidade quanto à implementação de seus objetivos e dos ideais da Reforma Psiquiátrica por conta de contextos e culturas diferentes, por divergências entre propostas locais e a Lei Federal sobre as formas de organizar os serviços de cuidado e os meios de financiamento, por conflitos de interesses entre formuladores, gestores, profissionais, familiares e usuários desses serviços. As possibilidades combinatórias são abertas, mesmo que a abordagem multiprofissional desenrole-se em um meio de regras políticas e regras epistemológicas advindas de seus

²² A implantação do SUS deu-se pelo protagonismo dos municípios, já que as transformações foram dadas sob a égide administrativa e financeira, pois as experiências iniciais derivam-se em âmbito estadual e municipal; só podendo ocorrer por conta do processo de **municipalização** desencadeado pela RS, que propiciou condições de autonomia (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Da mesma forma, Luzio e Yasui (2010) colocam que foram os serviços e cuidados dos governos municipais em consonância com a RP que inspiraram a configuração de uma nova política, colocando também que a RS foi se consolidando paradoxalmente à ampliação global das políticas econômicas neoliberais; e em meio ao quadro economicamente desfavorável e em retrocesso em relação aos avanços da década anterior, o que levou a implementação de um dos eixos mais importantes do SUS, que é a descentralização. Para a consolidação do SUS eram necessários mecanismos de regulação desse processo, e então as Normas Operacionais Básicas (NOB/1996) passam a representar a concretização da descentralização, tratando de aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferências de recursos federais para Estados e municípios.

subcampos particulares, levando à diferentes tipos de ações influenciadas pelo grau de estímulo do campo, de identificação e de correspondência.

O movimento realizado na “transferência do foco do médico para a equipe psicossocial [contribuiu] para elevar a autoestima dos profissionais, que se veem participando efetivamente do processo terapêutico” (ZGIET, 212, p. 322) na lógica pós Reforma Psiquiátrica que guia os CAPSi, culminando na maior autonomia por parte da equipe em exercer as terapias por identificá-las no seu trabalho cotidiano (ZGIET, 2013). No CAPSi estudado, a partir de consultas às Atas de reuniões da equipe anteriores ao início desta pesquisa, foi-se percebido o desenrolar de autonomia. As Atas datam da primeira reunião realizada em 2005 até a última em 2015, sendo documentos que demonstram o desenvolvimento do serviço desde o início do trabalho. As Atas conta com registro de realização de 5 reuniões em 2005, 2 em 2006, 3 em 2007, 4 em 2008, 5 em 2009, 5 em 2010, 1 em 2011, 3 em 2012, 4 em 2013, 3 em 2014 e 13 em 2015, realizadas apenas no segundo semestre. A escassez e oscilação de reuniões, com aumento no último ano, deve-se ao gerenciamento da equipe que buscou organizar-se para tais realizações, demonstrando um aumento de empenho e preocupação em como abordar as problemáticas com que lidam.

As primeiras reuniões pautaram-se em expor os objetivos do serviço e ao esclarecimento de dúvidas da sociedade participante, sendo os usuários e seus responsáveis, coordenadoras e diretoras de escolas de rede estadual e municipal de educação, com coordenadoras de creches e a assistente social do poder judiciário, intencionando a discussão dos objetivos propostos pelo Centro. Nota-se o caráter de busca de construção em conjunto e a abertura à escuta de demanda e opiniões. De acordo com as anotações nessas Atas, percebe-se a estruturação do Centro e sua forma de gerenciamento interno, dado que houve anotações de como dividir os usuários em grupos e oficinas, em necessidade de reavaliar os usuários, em se discutir casos em equipe, em configurar um Protocolo do Serviço, em se organizar para a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)²³, em estar em contato com escolas e com profissionais

²³ O PTS, segundo a equipe do CAPSi, é revisado e atualizado a cada 6 meses, sendo através dele que se contabiliza a produção profissional. Constitui-se em: triagem, data do projeto, hipótese diagnóstica e medicações em uso, sendo um documento que busca colocar em circulação prática os preceitos do paradigma multiprofissional e de centralização no indivíduo, padronizando os objetivos a serem atingidos. É também, e principalmente, um documento burocrático, segundo foi-se levantado durante a coleta de dados no Centro.

externos que auxiliaram na forma de organização dos serviços, e preocupação em estar em constante contato com os familiares ou responsáveis pelos usuários na tentativa de construção de tratamento em parceria.

Embora esse caráter de autonomia multiprofissional no paradigma da atenção psicossocial voltada a atuação local do serviço, houve a institucionalização dos processos de luta civil da Reforma Psiquiátrica, em que Luzio e Yasui (2010) apontam a perda da “dimensão histórica, parecendo obedecer apenas a uma lógica de administração dos recursos financeiros disponíveis” (LUZIO; YASUI, 2010, p. 22-23). Esses autores afirmam, baseados em Stotz (1994), que os “principais atores estão nos gabinetes ministeriais, produzindo normas e portarias, e não mais nas forças vivas da sociedade, nas instituições e nos serviços, como ativos protagonistas políticos” (STOTZ, 1994 *apud* LUZIO; YASUI, 2010, p. 22). A problemática que acompanha esse processo dá-se pela forma de financiamento ser realizado mediante a Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), inserindo os CAPS em uma lógica de produtividade ao remunerar atos vinculados a um determinado diagnóstico psiquiátrico e ignorar toda uma série de ações que deveriam ser realizadas no âmbito territorial para a atenção integral à saúde do indivíduo (LUZIO; YASUI, 2010).

A sustentação financeira do Centro é dada por um teto de repasse federal para custear material, transporte, alimentação e afins feito a partir de um levantamento estatístico de frequência de atendimentos. Antes disso, os custos eram calculados a partir da quantidade dos diferentes tipos de tratamento, baseados no BPA-C e BPA-I, sendo esse procedimento modificado pela Portaria nº 854/2012 (BPA-C e BPA-I). Os registros dos procedimentos do Centro, sendo geral para os CAPS, dão-se pelo: 1. Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), em que se registram os cuidados com os usuários e/ou familiares, dentro ou fora do CAPS, após ingresso no serviço, sendo um por usuário, 2. Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA/I), em que se registram o procedimento e o acolhimento inicial pelo CAPS, 3. Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA/C), em que se registram as ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidados, sendo um por CAPS – com diversos dispositivos.

Segundo Villas-Boas (2013), essas práticas trazem perdas à uma parte da desinstitucionalização por ser um tipo de organização do trabalho verticalmente dirigida, dando-se “por um gestor de saúde, um protocolo institucional ou ligado a padrões de

registro de produção da unidade” (VILLAS-BOAS, 2013, p. 85). Complementamos tal posicionamento apontando que o ato de diagnosticar que uma função social do CAPSi, que marca a existência os subcampos científicos que o compõem e a definição do *lócus* do cientista e profissional que lida com a doença mental. De acordo com Mercadante (1995), a elaboração de um diagnóstico dá-se embora a não clareza do que o paciente realmente apresenta, sendo que as discussões de caso para diagnosticar um paciente é, segundo o autor, uma negociação de caso, afirmando que a verdade sobre o que acontece com a criança posta em discussão de caso não é encontrada, até porque ela não existe em si.

Mercadante (1995) aponta que há muita negociação, apesar do *não saber*, e que para a ciência tais ações são duvidosas, já que não há nenhuma certeza e segurança na escolha diagnóstica, parecendo que a principal atividade se dá na negociação da hierarquia e manutenção da capacidade operante do grupo. Das reuniões do CAPSi, percebeu-se delegação de opiniões dos profissionais às duas psicólogas do Centro (P.1 e P.2), sendo essas que geralmente “guiam” as reuniões ao lerem Projetos Terapêuticos, lerem encaminhamentos, preencherem protocolos dos usuários, e também à A.S., que é a profissional com maior tempo de trabalho nesse Centro e também por possuir capital puro que fortalece o aspecto “social” da lógica psico-social.

A Psicologia, em relação aos outros subcampos constituintes do CAPSi, é a ciência com maior acúmulo de capital científico sobre o processo de adoecimento mental, preocupam-se com a análise das perturbações sem fundamento orgânico, tal qual a Psiquiatria, diferenciando-se por não se inserir no campo médico. Destacamos o estudo realizado por Cunha e Boarini (2011), que afirma a predominância nos trabalhos que abordam a temática CAPSi advindos da área da Psicologia, com aproximadamente 90% do total, indicando a carência de contribuição das demais áreas profissionais que atuam nestes dispositivos, o que evidencia a hegemonia dos conceitos *Psi* na esfera teórico-conceitual que acabam por se refletirem na prática assistencial e terapêutica.

Por conta da necessidade de se diagnosticar, apontamos que a subordinação à ciência psiquiátrica é algo intrínseco à existência dos serviços substitutivos, por entendermos que embora haja discussão sobre como melhorar o processo terapêutico de um usuário, o debate é dado pelas definições de **uma** ciência, sob os critérios contidos no DSM. Há diversas opiniões entoadas pelos diversos agentes advindos de diferentes subcampos, porém, as opiniões guiam-se para discutir se o usuário realmente é ou não

doente mental ou qual o tipo de doença de um usuário. Os subcampos são contributivos para fazer valer uma melhora individual, porém a definição de que se precisa dessa melhora é dada por uma única voz. Entende-se que há dominância da ciência psiquiátrica nos serviços substitutivos atuais porque está na essência compositora dos serviços, que emergiram não com a noção de banir a ciência psiquiátrica, mas sim a sua configuração institucional de tratamento. Se há visibilidade de alternativas a esse modelo diagnóstico e formas de proceder o serviço CAPS de outra forma, são práticas traduzidas como não bem construídas e coerentes por não apresentarem índices, preenchimento de etapas e etc.

Segundo Serra e Pereira (1979) há monopólio da fala sobre a loucura, pois sempre recaímos em referências psiquiátricas para discursar sobre, e assim o autor coloca a naturalização de suas práticas e saberes, sendo que os questionamentos existentes são apenas as práticas de repressão aos seus opositores (no nosso caso, as crianças diagnosticadas, tidas como “contrárias” à normalidade), mas não à própria Psiquiatria que ainda aguarda encontrar seu solo biológico. Dessa forma, descreveremos a relação da equipe CAPSi com o profissional médico do Centro e as relações que esse demonstrou constituir com seus pares médicos, e também a relação das equipes dos serviços com o psiquiatra da rede, objetivando assim demonstrar a permanência do *status* hierárquico do campo médico no paradigma que se define como baseado na lógica da horizontalidade dos saberes.

Quanto à relação das equipes com os profissionais médicos da rede, sendo o psiquiatra do ambulatório adulto e infantil e o neurologista do CAPSi, constata-se a existência de distanciamento, configurado no simbolismo da ausência em reuniões e nas práticas de pouca discussão de casos. Quanto ao psiquiatra da rede, que trabalha no ambulatório adulto, mas atende tanto a população adulta quanto a infantojuvenil que comparece ao serviço, é mencionado pelos agentes que ele raramente participa das reuniões desse serviço, tanto que durante as reuniões acompanhadas nesta pesquisa não compareceu em nenhuma, assim como N.. Quanto à relação desse psiquiatra com o N., a A.S. do CAPSi em um dos momentos de nossa entrevista fragmentada afirmou que “*um não pode ver o outro na frente*”, sem saber afirmar quais os motivos dessa forma de interação ter sido criada. Na entrevista realizada com o neurologista do CAPSi, esse profissional afirmou não haver contato profissional entre os médicos da rede, embora eles sejam colegas.

Chama-nos atenção a questão da menção sobre a não existência de contato profissional entre médicos que constituem uma rede municipal. A construção do agir multiprofissional e intersetorial revela-se difícil “seja por meio da comunicação ineficaz e ininteligível, seja por dificuldades organizacionais” (SOUZA; RIBEIRO, 2013, p. 96), sendo que se não houver o envolvimento de todos os profissionais no trabalho a multiprofissionalidade não pode ser composta. N. também mencionou que gostaria de um psiquiatra que fizesse o serviço do CAPSi, afirmando que “*não que eu não goste, mas é que sou sozinho aqui*”. Afirma que a equipe do CAPSi é “*muito boa*”, sendo ela quem tria os usuários que vem da rede e avaliam sua condição médica, psicológica e social, e só então transferem para ele, porém afirma incomodar-se com a alta demanda e com o “*insegurança da equipe*”. Quanto à isso, ele menciona que a equipe deve ter autonomia, e também aponta que há constantes discussões entre ele e a P.1, que é a “porta-voz” da equipe, geralmente por conta de discordâncias com o diagnóstico e com o uso ou não de medicamento. Quando questionada por mim sobre a relação do N. com a equipe, P.1 afirmou “*é complicado... ele faz parte da equipe, mas não faz, sabe?*”, e segundo a A.S., “*em dez anos deve ter participado de uma reunião, e olhe lá!*”.

Diante as relações desses médicos com as equipes, mencionamos dois pontos: o primeiro; relativo à escassez de opiniões sobre o trabalho do psiquiatra da rede durante as reuniões de equipe, que pressupomos ser dada pela presença da esposa dele nesses espaços, que é psicóloga da rede, e o segundo, relativo a N. que não reconhece na equipe CAPSi os seus pares científicos e profissionais. Apontamos que há críticas ao *know how* psiquiátrico, já que os profissionais não-médicos da rede municipal interpretam a não-participação desses profissionais às reuniões como como descaso com suas opiniões e com o serviço. Em uma avaliação realizada pelo CREMESP aponta-se a não-permanência de profissionais médicos em CAPS, afirmando que “o Conselho de Medicina não compactua com assistência à saúde, com atividade diagnóstica e terapia, sem a figura do médico” (CREMESP, 2010, p. 68), afirmação que a ABP aponta como “exclusão dos dispositivos médicos utilizados para o tratamento dos transtornos mentais [...] e relativização do papel dos médicos a assistência em saúde mental” (CREMESP, 2010, p. 68). Porém, como constatado no CAPSi, N. não participa das reuniões em equipe por ter atuação profissional em vários locais, tanto como profissional do serviço público regional quanto serviço privado realizado em clínica própria, o que ele mesmo critica, sugerindo a ausência de médicos para o número da demanda dos serviços públicos de saúde, o que

se opõe às estatísticas de número expressivo de psiquiatras que trabalham no SUS, segundo divulgação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Em busca da identificação dos pares de N. e em busca de investigar sobre sua relação com os médicos externos dos serviços na tentativa de perceber a existência de menorização de seu papel como médico por atuar nesse serviço, questionou-se N. sobre seu diálogo com médicos que encaminham as crianças para o tratamento no CAPSi. N. afirmou que os usuários vindos de fora, já tratados por psiquiatras, com diagnóstico e avaliação definida, passam por uma re-avaliação realizada pela equipe e que geralmente segue-se o que foi demandado pelos profissionais que encaminham. N. aponta que há o movimento daqueles que saem do CAPSi e procuram tratamento externo, mas que voltam ao Centro só para “*pegar receita*”, e que ele acaba por adotar o ato de pedir “*carta de liberação*” para o medicamento. Segundo A.S., quando questionada sobre a relação de N. com os médicos que encaminhavam usuários ao CAPSi, ela mencionou que N. “*faz a política da boa vizinhança*”.

A partir desses dados, percebemos que os pares de N. em sua atuação profissional e *libido* são os médicos, no caso, os psiquiatras, e que sua atuação no CAPSi dá pelo acúmulo de capital institucional. Evidenciando essa nossa perspectiva, mencionamos que N. afirma que “*as pessoas vêem com maus olhos o médico de cidade pequena*”, o que nos leva a pressupor que sua atitude *blasé* diante as críticas que tem sobre a estrutura da demanda por medicamentos dá-se devido ou a sua despreocupação com os usuários adotando um profissionalismo técnico e/ou pelo desejo de reconhecimento social no município e entre os pares científico-psiquiatras. As críticas que N. faz à estrutura que leva à alta busca medicamentosa pauta-se em seu entendimento de haver “*pressão*” pelo campo escolar aos pais dos usuários para se medicamentar os alunos indisciplinados. N. avalia a escola como uma instituição falida, sem “*nem estrutura física e nem estrutura humana*”, o que leva à “*incompetência institucional*” por não ser capaz a dar estímulos diferenciados às crianças com problemas e então encaminham para o CAPSi ou “*coloca na cabeça dos pais que os filhos precisam de medicação*”. Muylaert (2013) aponta que, segundo Birman (2009), “a prescrição excessiva dos psicofármacos se inscreve num projeto sociopolítico em que o desempenho das individualidades é a única coisa que interessa a sociedade moderna avançada” (MUYLAERT, 2013, p. 31).

Como os pares de N. dão-se no campo psiquiátrico, importa-nos apresentar qual a sua interpretação sobre a prática psiquiátrica e a prática neurológica, afirmando que

compreende um movimento de transição da Neurologia para a Psiquiatria, abordando que “na Psiquiatria não se faz mais Psicanálise” e que essa prática “trabalha muito com remédio”, pois “parou de investir no paciente e deixou isso para a Psicologia”, construindo-se como uma “clínica medicada” – como critica existir na Neurologia. Conforme o histórico da ciência psiquiátrica apresentado, demonstramos o movimento do desinvestimento na subjetividade e empoderamento do ser e supressão de problemas por medicamentos, devido à alta procura por atendimento psiquiátrico em busca de soluções rápidas a problemas de não adaptação ao contexto social, ambiental e situacional do indivíduo. Segundo N., as concepções e práticas biologicistas da Psiquiatria atingiram a Neurologia, porém consideramos que é a Psiquiatria e sua maior reflexividade pela *psiquè* que se configura como uma ciência que permite maior relação médico-paciente e não a Neurologia estritamente baseada em concepções neuro-corporais (NEVE, 2012).

Em busca de maior esclarecimento sobre a percepção de N. quanto ao amálgama Psiquiatria/Neurologia e evidência de compreender onde ele se vê como profissional, já que afirmou “fazer Psiquiatria” em outros serviços públicos, destacamos que ele abordou sobre a “origem” dos problemas mentais e afirmou sobre a influência da condição genética das crianças, considerando assim, a doença mental numa vertente biológica reducionista. Mencionou sobre a existência da genética da conduta social das crianças que tem pais presos e das mães que “abandonam” os filhos, deixando-os com as avós e não se responsabilizando pelos seus cuidados. Argumenta sobre a possibilidade de pais e mães que tem “*prioridade em roubar do que trabalhar*” possuírem alguma psicopatia que será transferida a seus descendentes. Mencionou também que as crianças que vão visitar o pai na “cadeia” e os vê careca, aparecem carecas no CAPSi com o ideal de “*quero ser igual ao meu pai*”, afirmando sobre a diferença genotípica e fenotípica dessas crianças que “*são mais sisudas e troncudas*” e que “*se comportam de forma opositora e desafiadora*”, denominando-as de “*caso perdido*”.

Questionamos, portanto, qual seria a concepção de prática clínica neurológica e psiquiátrica que este profissional considera, sendo que práticas clínicas conferem-se à produção de mundo, dão ao homem um caráter inacabado, e um olhar de lapidação do ser. Ao constatar o acabamento do homem ao se referir a “casos perdidos”, chama-nos a atenção a carga simbólica explicativa contida em seus pensamentos, em que transfere problemáticas do ambiente social e familiar ao biologicismo, sob explicações baseadas em heranças químico-cerebral e afins. Essa interpretação de *desinvestimento no ser*, que

N. crítica na ação psiquiátrica e realiza em sua própria prática merece atenção por se basear em vertentes preconceituosas e discriminatórias que estigmatizam indivíduos por suas aparências físicas.

As críticas ao *know how* médico são também realizadas quando não há concordância por parte da equipe, e nem consenso com N. sobre alguns diagnósticos, o que alguns vezes leva a equipe a realizar um tratamento “*debaixo dos panos*”, segundo a A.S. e também a P.1, evidenciando a não submissão total às opiniões de N. Diante esse dado, apontamos ações de questionamento não-verbalizado por parte da equipe quanto às ações do campo médico que podem se configurar em possibilidade de “enfraquecimento” de poder psiquiátrico através do não-oficial, sem registros, acontecendo no dia-a-dia, o que demonstra a necessidade da equipe gerenciar e oficializar certas práticas e ter espaço para agir de outra forma, o que interpretamos como práticas heterodoxas ao método institucionalizante que conforma o CAPSi. Como os tipos de críticas que estão sendo produzidas ao campo psiquiátrico pela atenção psicossocial não parecem se articular objetivando defender-se por contra-argumentos, o não registro de práticas alternativas à ordem médica nos registros oficiais ainda dão créditos e acúmulo de capital científico à práticas dominantes que só existem no papel, que não permitem visibilidade de outros métodos além do institucional burocrático imposto, e também do científico-*master* médico e psiquiátrico.

Quanto à verticalização ou horizontalidade dos saberes que buscamos interpretar em relação aos *status* científicos no CAPSi, citamos a avaliação de Basaglia (1985) *apud* Zgiet (2013) sobre a hierarquia de uma instituição psiquiátrica tradicional, que coloca que

[...] por mais articulada e estratificada que seja a hierarquia da autoridade interna, existe e atua uma solidariedade homogênea entre os vários níveis, baseada na concordância objetiva quanto aos fins operativos institucionais: médicos e pessoal de apoio, todos depositários consentâneos de um mesmo mandato social de cura e custódia, e parte integrante de um mesmo mecanismo funcional, agem de maneira solidária e unânime, cada um com seu modelo técnico, na intenção de atingir e conservar o objetivo institucional. A possessão em comum do mesmo objeto de exercício do poder – a massa dos doentes – facilita a distribuição das funções hierárquicas entre as diversas

categorias profissionais e no interior das mesmas (BASAGLIA, 1995, p. 159-160 *apud* ZGIET, 2013, p. 317).

Assim, pautamo-nos no entendimento de que diante a necessidade de continuar legitimando sua existência, cada saber ou profissão esforça-se para garantir o domínio de seu objeto, ou seja, a autoridade e legitimidade para discursar sobre o que é a doença mental e sobre como lidar com tal. Abordamos que, embora haja perspectivas pautadas em conceitos psicossociais em contraposição às práticas psiquiátricas pré-Reforma, as críticas existentes referem-se aos aparatos e instrumentos psiquiátricos de modo cientificamente superficiais por se limitarem às instituições do *fazer psiquiátrico*, que apresenta seus resquícios em paralelo ao desenvolvimento das práticas psicossociais, e não ao capital científico entendido como a própria epistemologia do campo, já que necessitam desse tipo de conhecimento para validarem sua essência existencial como ciência, saber e profissão. Assim, “a ciência atual convive com a angústia da impossibilidade de realizar o projeto da modernidade e com a consciência cada vez mais clara da incerteza e da necessidade de manter-se fortemente discutível para sustentar-se” (PIRES, 2004, p. 472), ou seja, a questão da insegurança científica fornece a dinâmica por ataques e defesas entre os campos científicos em busca de impor suas definições sobre determinado objeto.

Há busca de mudanças da forma de como o processo de encaminhamento de usuários ao CAPSi está estruturado, sinalizadas pelas buscas de parcerias com as escolas do município e pelas discussões quanto à função médica no CAPSi. Segundo Antunes e Queiroz (2007), de um modo geral, o sentido interativo da interdisciplinaridade visa resgatar o diálogo entre o conhecimento humano e a realidade do mundo, que podemos transferir tal objetivo para a multiprofissionalidade, que compreende a gênese da doença mental como multifatorial, ou mesmo desconhecida, e portanto busca por soluções multifacetadas.

Durante as últimas reuniões acompanhadas, a equipe do CAPSi estava elaborando uma proposta à Secretaria de Educação sobre atividades de matriciamento nas escolas do município, o que os levava a se classificarem como desejosos por reordenar o atendimento estrutura na rede municipal e encontrarem resistências pelos profissionais da educação. Ao avaliarem como ausentes as articulações entre os equipamentos no território para a construção de serviços eficazes aos usuários, apontam a noção de identificação social do CAPSi diferente da que eles se esforçam para constituir. A busca por conexões com

profissionais fora do âmbito da saúde pode denotar a tentativa de uma formação de empoderamento à crianças e adolescentes, por conta do entendimento de desnecessidade de institucionalização de alunos sob suspeita de diagnóstico de doença mental.

4.3 O protagonismo dos usuários e a identificação social do CAPSi

Releva-nos apontar o *locus* dos usuários dos serviços do CAPSi nesse município, entendendo-os como consumidores e como constituintes da demanda que guia o manejo de organização desses serviços. Os dispositivos de atenção psicossocial visam a abertura de escolha na adesão ou não ao tratamento, diferentemente dos dispositivos pré-Reforma Psiquiátrica que impunham a adesão ao sujeito internado em hospitais psiquiátricos e a anulação da escolha individual. Há a idealização da PNSM em fornecer “voz e escuta” às crianças e adolescentes usuários dos CAPSi, porém a construção social do conceito de infância e adolescência é construída com base em necessidade de tutela, sendo que alguns instrumentos legislativos afirmam-se sob essa definição. Diante essa contrariedade, buscou-se o levantamento de dados que elucidassem a questão de tutela no cotidiano do CAPSi buscando interpretar se a cidadania ofertada a seus usuários pauta-se em cidadania que garantia de acesso a tratamento ou em cidadania emancipatória de empoderamento. Houve a tentativa de observação de assembleias que a equipe do CAPSi realiza com familiares ou responsáveis por seus usuários, que não se realizou diante a alegação da P.1 de que os participantes se intimidariam com a presença de uma pesquisadora.

Assim, as discussões aqui apresentadas caracterizam-se por dados levantados a partir da relação da equipe com a responsabilidade extra-CAPSi de cuidados aos infantojuvenis e então em suas próprias ações de garantia ou não de empoderamento ao usuário e seus responsáveis. Levantamos baixa incidência de “altas” dadas aos usuário, a partir da consulta às Atas de reuniões do CAPSi, em que desde o início do serviço foram encontrados um processo de preparação para alta registrado e uma possibilidade de alta em 2008, quatro processos finalizados em 2009, e durante o ano de 2015, o qual acompanhamos as reuniões, não houve a realização de nenhuma alta. Os próprios profissionais admitem o “apego” aos usuários, que interpretamos como dificuldade de concessão de empoderamento pessoal, por conta de as ações profissionais serem norteadas pelo o que os profissionais entendem como necessidades dos usuários, assim, ao imporem seu saber profissional e científico diante a relação de produção de autonomia

ao usuário e aos familiares que passariam a cuidar dessas crianças e adolescentes, há um choque. Esse dado juntamente com a fala da A.S. de “*dificuldade de a doença mental ter alta definitiva*” leva-nos a questionar sobre a possibilidade de institucionalização da vivência dos usuários, já que o CAPSi atende adolescentes até 18 anos de idade que podem ser encaminhados aos CAPS adulto, se não concluírem o processo de alta.

Atentamos ao o que Emerich (2012) questiona, colocando que as práticas totais podem permanecer mesmo fora das instituições totais - definidas por Goffman (1974) – com a não expressividade de opiniões individuais dos usuários e então não questionamento de condutas profissionais. Dessa forma, “novos tipos de cronificação [poderiam] ser vividos, como a dos usuários, retidos por muros invisíveis; a dos profissionais, que não analisam seu processo de clínica e gestão; e a dos serviços, que tendem a ter ‘porta de entrada’ e não ter ‘porta de saída’” (EMERICH, 2012, p. 174). A dificuldade em “dar alta” aos usuários é afirmada como “*insegurança da equipe*” pela P.1 o que interpretamos como não-credibilidade de responsabilidade de cuidados aos infantojuvenis doentes mentais que não sejam os cuidados desse Centro. Quanto à responsabilização pelos usuários, por parte de familiares e afins exigida pela equipe, houve definições, durante as últimas reuniões de 2015, de que os cuidados demandados só poderiam ter continuidade conforme o cumprimento e obediência dos familiares ao Termo de Responsabilidade redigido pelo Centro. Assim, em busca de um ideal que se pretende dialógico, através da relação entre responsáveis e profissionais, podemos apontar a existência de unidireção devido à imposição de regras estabelecidas nesse Termo.

Os Termos existentes no CAPSi são o Termo de Responsabilidade, que condiz em um tratamento “em parceria” com os familiares ou tutores dos usuários, e o Termo de Contenção, redigido recentemente por conta do caso de agressão de um usuário às profissionais do Centro. O ocorrido as fez exigir a assinatura da mãe desse usuário ao Termo, alegando que diante futuros acontecimentos do tipo, a polícia seria acionada. A problemática desse caso, em que o usuário é um adolescente de 16 anos, obeso mórbido – que causa medo às profissionais pela força física que possui – e portador de síndrome de Down, dá-se além do caráter de necessidade de segurança e tensão do risco, no conflito de parceria entre a mãe e as profissionais do CAPSi. Outros meios poderiam se escolhidos para gerenciar essa tensão, que não o uso da força policial para controlar um surto no

CAPSi, mas por ser esse o meio de acesso mais facilitado e disseminado nesses casos, há a limitação de outras escolhas.

O usuário citado, segundo a A.S., é o “mais difícil” do Centro por ser sua doença “algo grave”, enquanto o restante dos usuários, em geral, são definidos como “obedientes” dentro do CAPSi, porém desobedientes “fora” do CAPSi. Esse ponto levanta-nos questionamentos sobre definições de disciplina, comportamento e desajuste social que se dão situacionalmente, não havendo um consenso entre os aparatos municipais que lidam com infantojuvenis. Essa indefinição é evidente na relação entre o CAPSi e o Conselho Tutelar, acionado pelas escolas do município, que encaminham infantojuvenis que suspeitam ser portadores de doenças mentais sob a alegação de comportamentos como *choro* e *brigas em ônibus*. As reclamações de maior demanda por parte da equipe da CAPSi dão-se pela alta taxa de encaminhamentos desse Conselho e pelo ambulatório infantil, em que todos os profissionais entrevistados afirmam a ausência de busca de soluções por parte dessas instituições aos problemas apresentados por essas crianças e adolescentes. Diante disso, apontamos o estigma com a doença mental e a incompreensão e insensibilidade – ou talvez a disseminação vulgarizada de desajustes comportamentais como doenças mentais - sobre a diversidade de formas subjetivas de agir perante situações.

Junto ao alto índice de encaminhamento, atentamo-nos à emergência dos novos tipos de demanda do CAPSi, com aumento de diagnósticos de Transtorno Opositor Desafiador (TOD), de aumento de procura do serviço por usuários de álcool e drogas cada vez com idade mais precoce, e de elevada taxa de tentativas de suicídio por adolescentes. Pressupomos que todas essas taxas sugerem um sofrimento de rejeição social aos infantojuvenis, deslocados na nossa sociedade que não lhes dá espaço de atuação e os pressiona, culminando na não adaptação de existência pessoal ao mundo exterior e possíveis sentimentos de desencaixe social. A atenção à esse processo deve ser construída em conjunto, pautada na intersetorialidade devido sua complexidade, e não na delegação de resoluções a um tipo de instituição, como ocorre nesse CAPSi.

A identificação do CAPSi como solucionador de problemas acabam por exigir do Centro um empenho maior do que o que lhe é instituído, dando ao Centro a noção de *locus* correccional, equiparando-o aos aparatos que o CAPSi visa desvincular sua imagem. O campo escolar, como vem sendo apontado, apresenta-se como entendido de forma similar ao campo da atenção psicossocial do município no entendimento extra-CAPSi, o

que leva a uma frequente busca de diferenciação entre os aparatos por parte dos profissionais do CAPSi, evidenciada pela fala “*aqui é escola? Aqui não tem aula!*” da A.S., direcionada aos usuários que definiam suas atividades no CAPSi como aula. Essa identificação com o aparato escolar também é notado pela diminuição da frequência dos usuários do Centro durante o período de férias escolares, o que nos leva a entender a identificação tanto dos usuários quanto dos familiares do CAPSi com as características escolares.

Outra identificação do CAPSi como um aparato correcional do município dá-se pelos encaminhamentos do campo jurídico, que geralmente referem-se à usuários de drogas que cometem infrações, havendo a questão de “castigo” envolvida. Os profissionais reclamam perda de espaço de atuação por conta desses usuários encaminhados por esse campo chegarem aos serviços com o tempo de tratamento já pré-estabelecido, o que leva os profissionais a se imporem em defesa de seu saber e técnica, alegando ser a equipe que deve fazer o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e não ser submetida a um tempo pré-determinado, dado que cada paciente tem seu tempo pessoal para responder às terapias aplicadas. O discurso jurídico retira a autoridade técnica profissional, nesse caso estando “acima” dos argumentos científicos preconizados pelos trabalhadores. Embora a distinção dessa relação entre necessidade de tratamento ou necessidade de “ajuste” não seja sempre clara, apontamos que os indivíduos “desviantes” estão sempre passíveis de tratamentos, nesses casos, ou de saúde ou legal. Segundo Villas-Boas (2013), o CAPS é entendido como um “reprodutor de resíduos”, ocupando um lugar paradoxal na sociedade, por apresentar a função residual, como o último recurso para o problema da criança e do adolescente julgados doentes mentais, e de controle e também por ser um dispositivo de modificação do cuidado historicamente hospitalocêntrico.

Das soluções exigidas do CAPSi, entremeiam-se a questão da medicação, que também é uma problemática relevante quanto à autonomia dos infantojuvenis, por conta de em prol de ajustamento comportamental e melhoria de sintomas delegarem seus corpos e mentes à composições químicas. Destacamos que o uso de medicação não é uma terapia majoritária no CAPSi, assim como nos CAPSi em geral, que segundo REIS *et al.* (2012), através de uma pesquisa realizada em 2010, foi levantada a taxa de 29,2% de tratamento medicamentoso em análise de 89% dos prontuários em 19 CAPSi do estado de São Paulo. A melhoria dos sintomas é um tema controverso entre as ciências e práticas cuidadoras

de infantojuvenis doentes mentais por estar entre a definição de doença que causa sofrimento ao infantojuvenil ou ser um incômodo aos adultos, causado por formas de agir adotados pelos infantojuvenis. Pressupomos que as ações medicamentosas praticadas aos infantojuvenis que elevam a venda de psicofármacos infantis encontrarem-se em instituições além-CAPSi, e pressupomos também que os CAPSi buscam ativamente uma identificação desvinculada à interpretação social de ações pré Reformistas que se assimilam à Psiquiatria estritamente biológica.

Em exercício da garantia de cidadania de seus usuários, questionamos o processo de trabalho no CAPSi dar-se como participativo e como inserido à lógica de oferta de empoderamento e processo emancipatório aos infantojuvenis, já que para ser considerado doente mental é necessário a existência de um diagnóstico, que é dado por **outro**, ou seja, são os profissionais que detém o poder de avaliar e afirmar legitimamente quem é ou não doente mental, que durante todo o tratamento são os autorizados e legitimados a dizerem sobre as melhoras, as pioras ou a estabilidade dos usuários. Os cuidados à saúde mental infantojuvenil e seus ideais de prevenção do adoecimento, desenrolaram-se entre técnicas de cuidado e de controle, que construíram uma mentalidade social sobre tal problemática, em que atualmente se configura na dificuldade de compreensão e lento processo de identificação dos cuidados psicossociais. A noção generalizada de a infância e a adolescência serem necessitadas de controle, acompanha o histórico e o modo de ser das instituições criadas para atender à tal população.

Diante o reclame de alta demanda de encaminhamentos sem esforço resolutivo anterior, a P.1 afirma que os serviços escolares, do campo jurídico, ambulatorial e também os pais que procuram o CAPSi, o entendem como um “*depósito de crianças-problema*”, o que demonstra a situação geral de incômodo que os problemas de adoecimento ou de comportamento desajustado dos infantojuvenis apresentam à sociedade, resultando segundo N. um “*empurra-empurra*” de responsabilidade.

Sobre a identificação do CAPSi não ser dada diretamente como um serviço de saúde de cuidado integral ao usuário no município, mencionamos um comentário da A.S. quanto ao incômodo de assimilação do CAPSi ao serviço ambulatorial, institucionalizado para atendimentos rápidos e supressão de crise. A profissional mencionou que a prefeitura havia recentemente divulgado folhetos informativos sobre os serviços de saúde do município com o telefone do CAPSi sendo o mesmo do ambulatório de saúde infantil, questionando que “*se nem a prefeitura entendeu, como querem que a população*

entenda?”, o que nos afere o processo que identificamos sobre a lenta transformação e compreensão geral sobre a lógica psicossocial.

A importância social do CAPSi para os usuários é destacada por Fernandes (2014), em sua pesquisa com trabalhadores de saúde mental infantojuvenil, que afirma que os profissionais desse campo podem ser a “fonte de suporte social (às vezes única)” dos usuários, o que pode ser compreendido de “forma positiva ou de forma a revelar a intensidade da problemática” (FERNANDES, 2014, p. 102). Esse aspecto conecta o protagonismo dos usuários à identificação do Centro, o que poderia explicar através da “fonte de suporte social” o porquê os usuários serem “bem comportados” no Centro e não fora dele. Porém, quanto à intensidade dessa problemática, destacamos o imaginário social construído historicamente e culturalmente de representação negativa de doença mental e noções de risco e controle, que juntamente com a cidadania suprimida por longa época no Brasil levam à uma generalização de crise ética de desamparo às crianças e adolescentes – desamparo que não condiz apenas ao desinvestimento financeiro e de ausência de recursos às instituições e problemas administrativos e gestacionais dos Centros.

Afirma-se, novamente, dois paradigmas em conflito presentes nas concepções dos multiprofissionais do campo da saúde mental, sendo um pautado na disseminação do caráter da vertente organicista da ciência psiquiátrica, que historicamente potencializou tanto a impugnação dos direitos dos pacientes quanto a sensação de impotência terapêutica frente à fatalidade de sua inútil e eterna condição (BASAGLIA, 1995 *apud* OLIVEIRA, 2012, 163), persistindo e co-existindo com o outro que organiza tentativas de se alterar essa percepção.

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A partir do que foi descrito, os resultados das análises realizadas com a coleta de dados da pesquisa teórica e empírica ofertaram diversas questões que buscaram identificar os simbolismos que dão sentido às práticas e ações atuais da ciência psiquiátrica voltadas às crianças e adolescentes, sob a perspectiva CTS, com o uso específico de conceitos bourdieusianos. Ao considerar as estratégias do campo psiquiátrico para constantemente se validar como a ciência e como a ação dominante sobre a definição do que é doença mental e do que é saúde mental, pudemos perceber, a partir do olhar CTS, a constituição histórica e social da Psiquiatria como autoridade para estabelecer normalidade e anormalidade, impondo ainda esse poder sob formas epistemológicas que guiam os subcampos que enfrenta, como apresentado de forma marcante pelo discurso da ABP.

Como afirmado por Bourdieu, os campos são entendidos como espaços interconectados e independentes, que possuem propriedades universais e características específicas - ou seja, dependem um do outro ao mesmo tempo que possuem certa autonomia. É assim que analisamos a relação entre os subcampos que constituem o campo da saúde mental, ao afirmamos que os subcampos não-médicos não visam o esfacelamento do campo médico psiquiátrico, por necessitarem de suas abordagens explicativas para acumularem capitais próprios na configuração política da atenção psicossocial.

Através da entrevista com o N., identificamos sua crítica ao imaginário social do município de buscar por medicação o alívio dos sinais comportamentais do que se pressupõe doença mental infantojuvenil, simbolizando a função médica como função de prescrição medicamentosa, de bloqueio rápido dos sintomas, priorizando as ações médicas em contraposição às outras práticas, que embora sem alterações químicas no organismo, são práticas longas e extensivas. Porém, embora N. perceba esse processo, adota uma postura de indiferença e não intervém, o que identificamos devido N. não investir seus capitais no CAPSi e sim externamente ao Centro, buscando reconhecimento e *status* junto a outros pares, que não as profissionais do CAPSi. É preciso avaliar esse movimento, que produz um efeito cultural de farmacocentrismo, ao vulgarizar e banalizar o uso de medicamentos e fortalecer o processo iatrogênico, representado por um descaso ao

presente dos infantojuvenis, que acompanha a essência do surgimento da infância e da adolescência, configurado nesta pesquisa pela percepção do *desinvestimento do ser*.

Com a consulta às Atas das reuniões da equipe do CAPSi, percebeu-se o movimento de autonomização da instituição, e pelas observações realizadas nas reuniões entre os serviços, percebeu-se um movimento de direcionamento de discussões de caso para planejamentos estratégicos de organização interna e de serviço ofertado, após a notícia da junção do CAPSi com o ambulatório infantil. Esses pontos denotam a capacidade de ação do CAPSi em busca de imposição de seu modo de lidar com a parcela da população infantojuvenil doente mental. Porém, essa mesma autonomia traz a insegurança para consentir que outros responsáveis, além da equipe, cuidem de seus usuários, como analisado pelo baixo índice de “altas” realizadas durante sua existência institucional, e também pelas falas dos profissionais de que têm “apego” às crianças e aos adolescentes, que simboliza a imposição de que há um capital de conhecimento entendido como “melhor” do que os que existem “fora” do CAPSi, o que pode representar o risco de institucionalizar vivências, o que representa um tipo de violação ao objetivo de empoderamento pessoal dos usuários.

Destacamos a opinião de N. que coloca a existência da insegurança da equipe no processo de encaminhamento de usuários à ele, reclamando a alta demanda de usuários e a delegação de decisão terapêutica e confirmação de tipos de doenças dos usuários que acolhem. Esse dado aponta que a equipe é autônoma na gestão, pois teve a necessidade de aprender como se estruturar diante os escassos apoios intersetoriais e administrativos locais, e submissa na decisão diagnóstica de triagem dos usuários, devido à lógica dominante que se insere ao ter a ciência psiquiátrica como racionalidade científica nos dispositivos e cuidado à saúde mental.

Ao se tomar o processo da Reforma Psiquiátrica como um marco heterodoxo em busca de alternativas à prática tradicional médica da psiquiatria, dicotomizando as práticas em paradigmas, compreendemos a dominância da ciência psiquiátrica na lógica da atenção psicossocial dado seu acúmulo de capital institucional por ter sido a ciência responsável por assistir os doentes mentais – sob o auxílio e autorização estatal – por muito tempo, não tendo alternativas emergidas de forma oficial, contando com o hospital psiquiátrico como a única forma de tratamento legislativamente autorizado. Esse campo ressignifica-se em subcampo no paradigma multiprofissional em que diante disputas e alianças que se configuram, objetiva manter seu *status* de dominância do saber e agir

sobre o doente mental. Embora a submissão dos subcampos não-médicos ao subcampo médico-psiquiátrico, identificamos que as ciências da área *Psi* possuem maior posse sobre o objeto da doença mental enquanto os demais subcampos configuram-se como secundários.

Quanto ao empoderamento individual do usuário, percebe-se um ainda não-espaco para que tal flua de forma completa, e compreendemos essa questão como mais abrangente do que o lugar de tutela de uma criança ou adolescente diagnosticado com doença mental. Entendemos estar posta nisso, a existência da problemática de “o que se fazer” com crianças e adolescentes, que está presente na sociedade desde que se desenvolveu o sentimento de acolhê-las, entendendo-as simultaneamente como um projeto social, uma função social e um incômodo social.

Ao se imporem como locais legislados a partir de políticas públicas para cuidar de infantojuvenis doentes mentais, os CAPSi auxiliam na fortificação da perspectiva bio-psico-social, que preconiza a evidência relacional entre as diferentes esferas que compõem o bem-estar presente e futuro de um indivíduo, o que reforça a autoridade preventiva da Psiquiatria e outras ciências. A problemática da intervenção estatal na infância e adolescência, segundo Alanem (2010), é seu objetivo de formar “capital humano”, por serem uma população estratégica de investimentos, sendo vistos como trabalhadores e cidadãos do futuro, não aparecendo como **são** ou como seu bem-estar pode ser considerado hoje. Ao instrumentalizá-los dessa maneira, não se considera que “as crianças também são atores sociais e participantes da rede de relações que formam a sociedade; [e que] por meio de sua participação, elas também contribuem para as sociedades a que pertencem e não somente o fazem na vida adulta” (ALANEM, 2010, p.14). A ainda não delegação de construção conjunta de serviços do CAPSi com seus usuários condiz à essa compreensão, assim como a impaciência social em cuidar dos problemas dessa população definindo-os como desajustes sociais e mentais necessitados de rápida intervenção.

Constatou-se pouco entendimento sobre o paradigma de atenção psicossocial, pois a identificação capsciana no município, pelos aparatos que nos foram apresentados, é pautada em compreensões de que a indisciplina corresponde à doença mental. Nota-se uma disseminação vulgarizada sobre transtornos e doenças mentais diante os encaminhamentos sob critérios de “choro” e “briga” como definitivos para que haja um problema de desordem mental, o que P.1 argumenta que basta tem “cara de CAPSi” para

encaminhar. Há insistência por parte da equipe não-médica do Centro em se diferenciar do campo escolar e também o reclame por imposição do saber do campo da saúde mental nos encaminhamentos advindos do campo jurídico, buscando a construção da percepção social sobre seu tipo de trabalho, já que a apropriação da noção de CAPSi no meio externo é diferente da noção dos agentes do Centro.

A prática psicossocial dos CAPSi é compreendida como uma novidade do trabalho em cuidado e assistência na saúde mental, em que os trabalhadores entendem-se como dinâmicos e flexíveis às intercorrências que devem lidar diante um doente mental. Dessa forma, os profissionais do CAPSi estudado, interpretam que os outros serviços que não se inserem nessa lógica, são “atrasados” e ficam presos na lógica “fechada” de atendimento, o que interpretamos como a existência de *habitus* diferentes em cada serviço, além da interpretação da existência de estigma entre os trabalhadores da APAE quanto aos autistas do município.

Segundo Heidrich (2007), devemos questionar o poder atribuído à Psiquiatria por ser a ciência portadora dos créditos para lidar com as problemáticas que rondam a doença mental. Essa autora relaciona a questão da loucura com a questão social, entendendo que “o que está por trás da exclusão a que estão submetidos os loucos da sociedade são as mesmas razões que produziram, na sociedade capitalista, a exclusão do negro, da mulher, dos homossexuais, etc.” (HEIDRICH, 2007, p. 185). Aponta ainda, que “o processo de aprovação da Lei nº 10.216/2001 demonstrou o quanto a indústria da loucura influencia e impõe seus interesses no que se refere à política de saúde mental brasileira”, por conta da demora em sua aprovação devido aos conflitos econômicos que rondam a administração da loucura (HEIDRICH, 2007, p. 184), como apontamos serem construídos a partir da década de 1960, sendo um dos pontos que levou à organização do Movimento pela Reforma Psiquiátrica. Valendo-nos ainda das interpretações de Heidrich (idem), afirmamos que há uma movimentação ministerial que leva à saudar a Reforma Psiquiátrica com ações que incentivam a desospitalização, mas devemos “ser temerosos no que se refere ao risco de os novos serviços serem como ‘gaiolas de ouro’ (BASAGLIA, 2006)” (HEIDRICH, 2007, p. 186)

Diante isso, afirmamos nossa compreensão de que a disputa pela legitimação dos cuidados à saúde mental infantojuvenil, embora haja a busca pela horizontalidade dos saberes no paradigma psicossocial, levam ao monopólio da fala sobre a loucura, sendo essa a voz do subcampo psiquiátrico. Identificamos que a continuidade dessa

hierarquização científica dá-se de forma inconsciente para aqueles que vivem suas ações; pois os multiprofissionais do CAPSi realizam discussões sobre casos singulares em busca de um consenso entre os diferentes conhecimentos neles corporificados, que os remetem à seus subcampos, para o planejamento terapêutico dos usuários do Centro. Porém, mesmo que haja divergências, essas conservam ideias em comum e assim a discussão gira em torno de qual ciência fala a verdade sobre um problema que tem raiz comum, sem haver a percepção que é **uma** ciência que define a existência desse problema. Isso se dá por conta de a própria existência do CAPSi validar-se pelos critérios do campo psiquiátrico ao serem utilizadas suas definições criteriosas de doença mental como o instrumento de acesso ao Centro, triando os infantojuvenis, e ao se utilizar tais definições como instrumento de trabalho em si do Centro, tendo-os como base norteadora de como se deverá tratar cada usuário, já que a terapêutica individual depende da escolha diagnóstica.

Nas reuniões observadas foi possível identificar os agentes dominantes do universo CAPSi, que guiam os resultados das discussões de caso, sendo esses agentes os possuidores de maior capital institucional e também puro no campo da saúde mental nesse serviço, a saber: a assistente social, que auxiliou na implementação do serviço CAPSi no município, o neurologista do Centro, por seu *status* médico, e as psicólogas da equipe, sendo uma delas a coordenadora do Centro, identificada como a intermediária de diálogo entre a equipe e o neurologista. Juntamente com as reuniões gerais, notou-se que os agentes inseridos em subcampos que não correspondem à área *Psi* tendem a não opinarem durante o debate. Sugerimos que isso dá-se por conta de se perceberem como profissionais que carregam um discurso científico minorizado no campo da saúde mental, já que os subcampos *Psi* são identificados como possuidores de maiores argumentos, com maior acúmulo de capital intelectual para discursar sobre a saúde e a doença mental, identificando-os como relativos ao subcampo (campo) da Psiquiatria.

Percebeu-se, portanto, que as críticas existentes à Psiquiatria, em sua configuração medicamentosa, hierárquica e pré-Reforma Psiquiátrica, dá-se de forma mais profunda em relação ao capital institucional do campo (subcampo) psiquiátrico, ou seja, como se faz Psiquiatria nas instituições ou redes, caracterizada pelas críticas à objetividade da Psiquiatria biológica e aos aparatos hospitalares; e menos aprofundadas em relação ao capital científico puro, devido os subcampos do campo da saúde mental serem vinculados de forma existencial à dominação desse saber; embora construam tentativas de

rompimento. Não se visa, a partir disso, minorar o esforço da equipe do CAPSi, e também das outras que participaram das reuniões, em rumo à construção de uma rede eficaz e eficiente de proteção e assistência. Nossa intenção de pesquisa dá-se em visualizar os jogos de disputa entre um subcampo dominante diante a configuração *multi* e a tentativa de superação desse paradigma oposto, presente em diversos subcampos.

As ações preventivas atuais necessitam de atenção devido ao passado psiquiátrico manipulado por ideologias políticas e econômicas, já que se vêm desenvolvendo um projeto nacional com alto investimento financeiro e intervencionista, a partir da criação do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD), que configura os objetivos da ciência e prática da Psiquiatria infantojuvenil brasileira, que demonstra-nos a dimensão do *locus* hierárquico dos subcampos constituintes do CAPSi.

Essa dominação também é dada pela base estrutural do trabalho do CAPSi, já que o imaginário social hierarquiza práticas médicas como válidas em oposição à práticas não-médicas, que encontra aval de dominação no método científico por ser um campo com longo acúmulo de autoridade e legitimidade. Essa dominação é encontrada, também, no imaginário dos trabalhadores da rede da saúde mental que enviam crianças e adolescentes ao CAPSi sem tentarem uma terapêutica anterior, e sem compreender o trabalho do CAPSi, delegando a esse Centro uma “função residual”.

O conflito dessa dominação na esfera política dá-se por conta de entidades do campo médico-psiquiátrico não concordarem plenamente com a implementação dos aparatos CAPSi, que são adotados e disseminados como serviços oficiais da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Juntamente com isso, há a dificuldade da emersão da prática psicossocial por conta de dificuldade de registro de dados, ou da própria compilação de dados, resultando em ausência de avaliação e resultados que comprovem sua eficiência e eficácia. Assim, o campo (subcampo) psiquiátrico apresenta-se com maior capital intelectual e também prático e institucional, simbolizando maior sistematização e organização, concorrendo com a vertente de cuidado psicossocial, representado pelos subcampos em disputa com o subcampo psiquiátrico. São tipos de entendimento sobre um mesmo objeto desenrolando-se paralelamente de forma conflitual.

Da mesma forma que colocamos a intenção dos subcampos não deslegitimarem por completo o que o campo psiquiátrico acumulou, porque necessitam disso para a

conservação de seus próprios campos, há o movimento de que as disciplinas e profissões não-médicas dentro do campo da saúde mental auxiliam o subcampo psiquiátrico a obter maior entendimento e conhecimento sobre o objeto que têm em comum. Isso ocorre por conta de a produção dos subcampos poder ser utilizado pelo subcampo (campo) psiquiátrico de forma retraduzida, inserindo-os a seu campo, reformulando-se na lógica psicossocial e tomando-os como seu. Porém, ao mesmo tempo, há a possibilidade de os subcampos obterem entendimento e conhecimento sobre o subcampo psiquiátrico, podendo interpretá-los e modificá-los a seu favor, podendo ocorrer ações de concordância ou apenas refutação, como destacamos estar em processo no momento atual através de algumas ações dos agentes do CAPSi, sendo um movimento com capacidade de modificação epistemológica.

Entendemos a existência de lutas nos serviços de saúde mental atuais para desvinculação de sua imagem com a Psiquiatria, principalmente do aparato institucional psiquiátrico, que estabeleceu seu *know how* predominantemente, nas últimas décadas, sob a vertente da Psiquiatria biológica. As problemáticas acerca de dicotomias entrelaçadas entre a prática cotidiana do cuidado à saúde infantojuvenil e o discurso da política pública que rege tais práticas ocultam questões que não são consideradas em estudos acerca dessa temática, ou seja, a questão da hierarquia científica, já que toma o campo da saúde mental em seu formato de atenção psicossocial como harmonioso em relação à sua constituição multiprofissional. Da literatura consultada, há abordagens que problematizam o *status* médico, mas não problematizam a própria constituição do campo da saúde mental, que é em si formado por contido da existência da Psiquiatria.

Destacamos que as possibilidades transformativas estão em pauta, pois os campos estruturados podem ser modificados conforme as ações dos agentes. Assim como Martinhago (2012) afirma, que não há modelo ou projeto concluído - pois sempre estão abertos para transformação e em formação - afirmamos que no cotidiano da prática dos cuidados à saúde mental infantojuvenil há possibilidades de heterodoxia quanto manutenção ortodoxa. Assim como compreendemos a Reforma Psiquiátrica como uma ação heterodoxa, que inverte a ortodoxia dada como uma ordem e lógica a ser obedecida, compreendemos algumas ações sinalizadas no CAPSi em busca da diminuição da dominância psiquiátrica nas intervenções dos agentes que constituem o serviço, como o relato de a equipe realizar formas de tratamento diferentes das estipuladas por N. quando não há concordância diagnóstica e consenso, realizando um cuidado “*debaixo dos panos*”.

Essa ação não-verbalizada denota o desejo de distância da vigilância psiquiátrica que se configura entre a autonomia da equipe, por não se submeter à opinião médica, e à repressão, pela necessidade do aval médico em como constituir algumas atividades do Centro.

Segundo a literatura consultada, há divergências entre os pesquisadores da Reforma Psiquiátrica sobre o alcance da desinstitucionalização no Brasil sob legitimação da PNSM e sua imposição para que tal ocorra. Com isso, e com os resultados que aqui demonstramos, questionamos se seriam os CAPS uma forma de “desinstitucionalização institucionalizada”, já que se dão em um meio confuso entre paradigmas científicos conflitantes, que tendem um à ortodoxia, representado pelo método e domínio psiquiátrico, e outro à heterodoxia, representado pelas alternativas multiprofissionais e diretrizes de horizontalidade de saberes. Segundo Heidrich (2007), para que as transformações nas relações e mentes manicomiais ocorram são necessárias “transformações mais profundas [já que] elas se constroem cotidianamente, transformando as relações mais elementares e as mais complexas [não se dando] por normas, portarias e concessões governamentais” (HEIDRICH, 2007, p. 187).

Nesse aspecto, apontamos que A.S., profissional que fez parte do esforço para se implementar o CAPSi no município, mencionou em um dos momentos de uma entrevista que “ninguém voltou para falar se a Reforma Psiquiátrica deu certo”. Temos nessa afirmação o símbolo sobre o meio de dúvidas e de caminho em aberto em que o CAPSi insere-se, não por conta de sua terapêutica infundada, como afirma as corporações médicas e as organizações contra as práticas alternativas à dominação psiquiátrica, mas por conta dos próprios conflitos que permeiam a institucionalização, sinalizados pela dominação científica que objetiva comprovações de eficácia e eficiência fundamentadas em seu método. Por conta da constituição do campo da saúde mental dar-se sob diferentes embasamentos, geram-se dúvidas quanto a estruturação desse campo formado por diversos subcampos, em que o CAPSi consolida institucionalmente a vertente psicossocial, em concorrência com práticas que possuem dominância epistemológica e prática em outros aparatos.

Destacamos, portanto, a relevância de se questionar a constituição e formato de um campo científico com capacidade de interferência em vivências como a ciência psiquiátrica infantojuvenil, abordando seu histórico de implementação e percurso no Brasil para assim compreender sua posição e almejo atual, entremeado por disputas que

objetivam a legitimidade de agir e discursar em nome desse saber. O debate sobre o caminho dessa ciência e seus entornos apresenta interesse atual, sendo levantada por diversos autores em atividades de pesquisa, que pela consulta bibliográfica realizada percebemos a composição de uma atividade crítica sobre a temática, visando o preenchimento de lacunas teóricas e se configurando em abordagens atentas quanto aos objetivos das ciências, da política e de afins que lidam com a população infantojuvenil doente mental.

Sob o viés de atentarmos às produções das práticas institucionais e discursivas da ciência psiquiátrica, apontamos as afirmações de Amarante (1992) de que progressos preventistas adotados no Brasil, desenvolvidos desde a década de 1970, não causaram rompimento com o modelo clássico médico-psicológico de análise e tratamento, sendo que o preventismo se orienta por indicadores burocráticos de desempenho. Acrescentamos o preventismo baseado em gestão conceituada pelas ciências psicológicas, como apontado por Castiel (2011), e a dificuldade de construção de outras formas de cuidado além da dominante psiquiátrica, devido a instabilidade no caminhar desses novos formatos causada pelas disputas paradigmáticas protagonizadas pelo subcampo psiquiátrico e os demais subcampos científicos que constituem o campo da saúde mental atual.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante a abordagem levantada de se questionar a produção da ciência psiquiátrica voltada às ações aos corpos e mentes infantojuvenis, entendemos essa ciência como em constante conflito para impor suas vertentes e verdades, o que leva à indefinição social sobre a significação funcional dos serviços CAPSi, que se dão como o processo oficial das políticas públicas que guiam a não-verticalização dos saberes nos cuidados à saúde mental e a assistência à crianças e adolescentes.

Devido a concepção de doença mental não ser fixa, conforme abordamos pelo histórico da ciência psiquiátrica desenvolvida entre as amplas vertentes biomédica e psicodinâmica - ora reverenciadas, ora julgadas anti-científicas – sua definição pelos agentes do CAPSi é de difícil entendimento e confirmação, o que leva às discussões de caso sobre os diagnósticos dos usuários. A não-confirmação da doença mental nos formatos científicos leva à sua contestação, como demonstramos pela abordagem de gestão de riscos e processo iatrogênico a partir da institucionalização do projeto nacional de prevenção à doença mental infantojuvenil. Embora o campo psiquiátrico tenha elevado acúmulo de capital simbólico que fortalece suas concepções, não possui autonomia definitiva e se movimento por constante disputa para garantir seu lugar de domínio, como demonstrado pelo processo de construção do DSM.

O movimento de Reforma Psiquiátrica e a emergência de um novo paradigma no tratar, conceber e lidar com o doente mental, ampliou o espaço de atuação de outros campos científicos nessas práticas, alterando em parte o campo psiquiátrico, entre embates de coesões ideológica e metodológica, sob diversificação de tendências. O momento atual da assistência psiquiátrica no Brasil em prol da infância e da adolescência, pode apontar a um “controle a céu aberto” pelos serviços substitutivos que visam controlar as potencialidades da vida (OLIVEIRA, 2006), caso processos enraizados em eixos do passado não sejam interrompidos. Do levantamento bibliográfico, pelo qual objetivamos demonstrar esses eixos – reconfigurados pelo diferente contexto social - citamos as ideologias enraizadas em discursos considerando a doença mental como relacionada à pobreza e criminalidade, propagadas pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) e pelo discurso de N., e enraizadas nos aspectos preventistas, tendo como parceria campo escolar, como ocorrido com a LBHM, com o projeto nacional-desenvolvimentista da década de 90, e com a atual implementação dos projetos do INPD.

Demonstrou-se a existência de subversões ao poder psiquiátrico na experiência cotidiana do processo de trabalho do CAPSi no conflito entre o campo da saúde mental psicossocial e o subcampo psiquiátrico, marcado por práticas excludentes, contrárias ao processo de imposição de práticas integralizadoras nos serviços de saúde que norteiam os trabalhos dos multiprofissionais.

Percebemos o peso social negativo da criança e do adolescente diagnosticado com doença mental ou com comportamento estigmatizado, pois os adultos mobilizam-se de diversas formas em busca de locais específicos para enviá-las, evidenciando a dificuldade do convívio com crianças que definem como “problemas” diante a idealização de perfeição que de busca impor à essa população. Intencionou-se, assim, buscar em prol do quê a ciência psiquiátrica infantojuvenil vem sendo utilizada, preocupando-nos em analisar este saber que possui autoridade e legitimidade para nomear fenômenos, sujeitos e experiências, impondo ordem, controle e normalizações individual e coletiva. Ao retomarmos seu método de conhecimento em relação com as instituições sociais, que definem e impactam subjetividades e cotidianidades, almejamos poder contribuir à uma reflexão crítica da epistemologia hierárquica do campo da saúde mental não desconectada das práticas de cuidado profissionais.

De acordo com os estudos sociais da ciência e da tecnologia, a ciência possui a capacidade de desqualificar “tudo o que não cabe em seus pressupostos, descaracterizando outros saberes e práticas, normatizando maneiras de ver e viver em sociedade” (PIRES, 2004, p. 470), que ao normatizar e quantificar, afasta a subjetividade qualitativa do conhecimento científico, impondo tipos de sentidos às percepções da realidade, configurando o que é certo e errado sob um único entendimento. Com isso, a relevância em se atentar aos caminhos que a Psiquiatria construiu e vem construindo, com medidas preventivas de adoecimento mental e garantia de bem-estar, faz-se presente e constante. Com as considerações bourdieusianas acerca do campo científico e o *habitus* dos agentes que compõem os subcampos abordados, percebemos que as verdades psiquiátricas e seus paradigmas estão em suspenso, pois são um processo, uma questão inacabada, concretizada em relações permanentemente a serem negociadas. Nada é plenamente ortodoxo ou plenamente heterodoxo, e esses conceitos são instrumentos de auxílio para a compreensão do mundo.

A atual produção epistemológica de disciplinarização acerca da definição de saúde e doença mental e o estigma e preconceito na mentalidade profissional são apontados pela

identificação social do CAPSi pelos aparatos existentes no município estudado, que se conectam diretamente aos serviços do Centro, como os dados levantado através do discurso médico de N. sobre o *acabamento do ser*, pela relutância dos profissionais da APAE em lidar com autistas, e pelo alto índice de encaminhamento de infantojuvenis advindos de escolas e do ambulatório infantil, representando delegação de problemas ao CAPSi e então impaciência em investigar a subjetividade dos indivíduos, ausentando-se da responsabilidade em ofertar algum tipo de auxílio.

A multiprofissionalidade do CAPSi em busca da horizontalidade dos saberes e práticas cuidadoras necessitam de “formas de atenção e gestão em análise para que esses dispositivos não sejam capturados pelas linhas duras dos especialismos” (OLIVEIRA, 2006, 95). Aponta-se que os multiprofissionais não buscam a desnaturalização dos especialismos na transdisciplinaridade, já que não visam negá-los (NEVES *et al.*, 1996 *apud* OLIVEIRA, 2012), mas sim, visam nessa desmontagem guiarem-se para a produção de acontecimentos, transformações e movimento.

A análise aqui exposta, resultante da interação entre a pesquisa bibliográfica e o estudo de caso realizado, tem como objetivo de relevância social a sua utilidade a outros pesquisadores e também o almejo de auxílios em suscitar reflexões e revisões que impactem em eficiência e eficácia dos serviços científicos voltados à saúde mental infantojuvenil. Visamos, também, contribuir com a consolidação dos estudos CTS ao demonstrar a relevância em abordar temáticas sob essa perspectiva.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, R. de C.F.; VASCONCELLOS, M. da P.; ALVARENGA, A.T. de. Para viver e pensar além das margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da saúde pública. **Saúde soc.**, São Paulo, vol. 20, n. 1, Jan./Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100011>. Acesso em: 21 nov. 2015.

ALANEM, L. Teoria do Bem-estar das crianças. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, vol. 40, n. 141, set./dez. 2010, p. 751 – 775. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742010000300005&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 mai. 2015.

ALVARENGA, A.T.; SOMMERMAN, A.; ALVAREZ, A.M. de S. Congressos Internacionais sobre transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de ideias e ideais de uma nova ciência moderna. **Saúde soc.**, São Paulo, vol. 14, n. 3, set/dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902005000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 de jul. 2015.

ALMEIDA, J.; PREMEBIDA, A.; NEVES, F.M. Estudos sociais em Ciência e Tecnologia e suas distintas abordagens. *Sociologia*, v.3, n. 26, jan/abr. 2011, p. 22 – 42. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/sociologias/article/view/19919>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

AMARANTE, P.D. de C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, P.,D. de C. (Coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**, 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005 – (Coleção Archivos; v. 2).

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Dora Flaksman (Trad.). Editora LTC, Rio de Janeiro, 2. Ed., 1981.

ARRUDA, E. **Resumo Histórico da Psiquiatria Brasileira**. Rio de Janeiro. Ed.: UFRJ, 1995.

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 mai. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Política Nacional de Saúde Mental:** observações críticas da ABP. 2009. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/cas/ap/ano-de-2009/AP20090419_Dr.H%C3%A9liodeBarros-Pol%C3%ADticaNacionaldeSa%C3%BAdeMental1.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015.

ASSOCIATION PSYCHIATRIC AMERICAN. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]. Miguel R. Jorge (Coord.), Cláudia Dornelles (Trad.). 4ª ed. DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed, 1995.

ASSUMPTÃO JÚNIOR, F. B. **Psiquiatria infantil brasileira.** Um esboço histórico. São Paulo: Lemos Editorial, 1995.

BARBOSA, V.F.B. et al. Contribuições da abordagem interdisciplinar às pesquisas no campo da saúde mental. In: Simpósio Internacional sobre Interdisciplinaridade no Ensino, na Pesquisa e na Extensão – Região Sul. Santa Catarina, RS: UFSC, (200-). Disponível em: <<http://www.siepe.ufsc.br/wp-content/uploads/2013/10/E-Barbosa.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

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

BRANDÃO JR., P.M.C. Um bebê no CAPSi: uma clínica possível. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, UERJ, v. 9, n. 2, p. 345-355.

FONSECA, T.M.G.; JAEGER, R.L. A psiquiatrização da vida: arranjos da loucura, hoje. **Polis e Psique**, v. 2, n. especial, 2012, p 188 - 207. Disponível em: <seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/download/40327/25634>. Acesso em: 28 abr. 2015.

BAZZO, W.A., LISINGER, I. von; PEREIRA, L.T.V. O que são e para que servem os estudos CTS? In: **Cadernos de Ibero-América**, 2003. Disponível em: <<http://www.nepet.ufsc.br/Documentos/310.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

BERCHERIE, Paul. **A clínica psiquiátrica da criança.** Estudo histórico. In: CIRINO, O. Psicanálise e Psiquiatria com crianças. Desenvolvimento ou estrutura. Belo Horizonte:

Editora Autêntica, 2001. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/carinh/psicanalise-e-psiQUIATRIA-com-criancas>>. Acesso em: 24 set. 2015.

BONNEWITZ, P. **Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu**. [Premières leçons sur la sociologie de Pierre Bourdieu]. Lucy Magalhães (Trad.). 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

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

_____. **Para uma sociologia da ciência**. [Science de la science et réflexivité]. Pedro Elói Duarte (Trad.). Lisboa: Edições 70, 2004.

_____. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. [Les usages sociaux de la science: por une sociologie du champ scientifique]. Denise Barbara Catani (Trad.). São Paulo: Ed. Unesp, 2004a.

_____. **O campo político**. [Conférence Le champ politique. Propos sur le champ politique]. Rev. Brasileira de Ciência Política, n. 5, Brasília, jan/jul. 2011, p. 193 – 216. Universidade de Lyon, 1999. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rbcp/article/view/6274>>. Acesso em: 13 maio 2015.

_____. **Razões Práticas**. Sobre a teoria da ação. Marisa Corrêa (Trad.), 11ª ed. Campinas: Papyrus, 2011.

BRASIL. **Lei nº 10.216/2001** de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília-DF, 2. ed., 2008.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes Curriculares Nacionais**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336/ 2002** de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza as normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde.. **Portaria nº GM nº 3.089** de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/ nº 224** de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196** de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed., Brasília-DF, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Coordenação Geral de Saúde Mental, Brasília – DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília- DF, 2. ed. revista, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil**. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília – DF, 2005a.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BUENO, J.R. et al. Diretrizes para uma política de saúde mental do governo de transição democrática: proposta para discussão final. **Psychiatry online Brasil**, vol. 16, n. 2, São Paulo, Fev/2011 Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/wal0211.php>. Acesso em 3 abr. 2015.

BURKLE, T. da S. **Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnósticos e estatísticas das perturbações mentais – DSM**, 2009. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CALLEWART, Y. Bourdieu, crítico de Foucault. Tiago Neves (Trad.). **Educação, Sociedade e culturas**, v. 5, n. 19, 2003, p. 131 – 170. Disponível em: <<http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC19/19-5.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2015.

CAPELLE, M.C.A.; MELO, M.C.de O.L.; BRITO, M.J. de. **Relações de poder segundo Bourdieu e Foucault**: uma proposta de articulação teórica para a análise das organizações. *Organizações Rurais e Agroindustriais*, Lavras, v.7, n.3, 2005, p. 356-369. Disponível em: <[http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/43936/2/Artigo%209%20\(05.196\).pdf](http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/43936/2/Artigo%209%20(05.196).pdf)>. Acesso em: 28 de mai. 2015.

CARDOSO, M. **Médicos e clientela**: da assistência psiquiátrica à comunidade. São Carlos: EdUFSCar, 1999.

CARVALHO, M. Dilemas na/da Reforma Psiquiátrica: notas etnográficas sobre o cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (Org.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

CARVALHO, M.C; AZIZE, R.L. “Você conhece bem o seu cérebro?” Pessoa e divulgação neurocientífica. In: SANTOS, L.H.S. dos; RIBEIRO, P.R.C. (Orgs.). **Corpo, Gênero e Sexualidade**. Instâncias e Práticas de Produção nas Políticas da Própria Vida. Rio Grande: FURG, 2011, p. 59 – 68.

CASTIEL, L.D. Loucuras da Razão: subjetividade e corpo-risco. In: SANTOS, L.H.S. dos; RIBEIRO, P.R.C. (Orgs.). **Corpo, Gênero e Sexualidade**. Instâncias e Práticas de Produção nas Políticas da Própria Vida. Rio Grande: FURG, 2011, p. 49 – 58.

CATANI, A. M. Pierre Bourdieu e seu esboço de auto-análise. **EccoS, Revista Científica**, São Paulo, v. 10, n. especial, 2008, p. 45 – 65. Disponível em: <http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/eccos/eccos_v10nesp/eccosv10nesp%203b03.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2015.

CIRILO, M.A. **Deficiência mental e discurso pedagógico contemporâneo**. 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

COIMBRA, M.C.B. Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. In: **Clio Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil**. Ana Maria Jacó-Vilela, Fábio Jabur, Heliana de Barros Conde Rodrigues (orgs.). Rio de Janeiro, 2008, p. 43 – 54.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Brasília. **Produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade, com qualidade da assistência à saúde da população**. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2005.

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 dez. 2013

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

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 4, ago/2008, p. 390 – 398.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2010.

CUNHA, C.C.; BOARINI, M.L. O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 3, n. 1, jan.-jun. 2011, p. 68 – 73.

DANTES, M.A.M (Org.) **Espaços da ciência no Brasil: 1800-1930**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.

DEGENSZAJN, R.D. **Pediatria e saúde mental na criança**: uma experiência de ensino na Residência Médica. 2005. 205f. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

DELGADO, P.G.D.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. **Saúde mental na infância e adolescência**. Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (PNSMIJ). Florianópolis, UFSC, 2014.]

DELGADO, P.G.G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In TUNDIS, S.A. (org.), **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997. (Coleção Saúde e Realidade Brasileira).

DEL SANT, R. O psiquiatra e suas relações com os demais profissionais. In: CREMESP. **Ética e Psiquiatria**, 2. ed., 2007, p. 193-197. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/edicao2_etica_psiquiatria.pdf>. Acesso em 04 ago. 2015.

DEVERA, D; COSTA-ROSA, A. da. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Rev. de Psicologia da Unesp**, vol. 6, n. 1, Assis, 2007. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>>. Acesso em: 27 mai. 2015.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO (DOE). Resolução SS – 63 de 03 de julho de 2013. Altera a Resolução SS – 83 de 07 de agosto de 2012, que disciplina o atendimento aos pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

DIAS, F.W. de S. A criança e o adolescente no campo da saúde mental: que lugar? Ver. CliniCAPS online. 7f. Disponível em: <http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_07/Revista%207%20art%205.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2015.

DUTRA, G.G.; PEIXOTE, L.V.; VILLELA, E.F. de M. Humanizar o humano: o pleonasma do século XXI. In: **Um mergulho na medicina**: A saúde coletiva sob novos olhares. Edilaine Faria d Moura Villela (Org.). Jundiaí: Paco Editorial, 2015, p. 81 – 86.

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, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reesp/v44n1/a03v44n1>>. Acesso em 14 set. 2015.

EMERICH, B.F. **Direitos dos usuários em intenso sofrimento psíquico, na perspectiva dos usuários e dos gestores de CAPS**. 2012. 195f. Dissertação (Mestrado

em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP.

EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. **Manual de psiquiatria**. Paulo Cesar Geraldês (Trad.). 2. ed. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1978

FERNANDES, A.D.S.A. **Cotidiano de adolescentes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi): realidade e perspectivas**. 2015. 136f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP.

FERRAZZA, D. de A.; LUZIO, C.A.; ROCHA, L.C. da; SANCHES, R.R. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia**, Assis, vol. 20, n. 47, p. 381-390, set/dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n47/a10v20n47.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Roberto Machado (Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. (Coleção Estudos; v. 61).

_____. A Constituição da criança como alvo da intervenção psiquiatria. In: **O poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974). Eduardo Brandão (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). Eduardo Brandão (Trad.). São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2006, p.255- 298.

FUCK, L.B. **Raízes da Psiquiatrização da escola: aspectos da mitomania**. 2010. 136f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal Santa Catarina. Ilha de Santa Catarina – SC.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, vol. 11, n. 22, 2007, p. 239 – 255. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115441005>>. Acesso em 14 ago. 2015.

GALINDO, D. et. al. Vidas medicalizadas: por uma genealogia das resistências à farmacologização. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, vol. 34, n. 4, out/dez. 2014, p. 821 – 834. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282037810002>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

GAMA, J. R. de A. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis, Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 4, 2012, p. 1397-1417. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a08v22n4.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2015

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. [*Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*] Dante Moreira Leite (Trad.) São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. **Estigma** – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

_____. Sintomas mentais e ordem pública. In: FIGUEIRA, S. A. (Coord.) **Sociedade e doença mental**, Rio de Janeiro: Campus, 1978.

GOMES, N.A. **Critérios utilizados por trabalhadores para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental**. 2009. 166f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo – SP.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 2, n. 2. Ribeirão Preto, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691994000200008>. Acesso em: 20 mai. 2015.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 33, n. 1, jan./abr. 2007, p. 151 – 161. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

HEIDRICH, A.V. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** 2007. 207f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontífice Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS.

INSTITUTO GLIA. **Projeto Atenção Brasil.** Disponível em: <http://www.abenepi.com.br/pdf/cartilha_educador100804.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2015.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, vol. 18, n. 1, abr/2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282013000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 out. 2015.

LARA, A.F.L. A produção do conhecimento psicológico-psiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar. **Psicologia USP**, São Paulo, vol.17, n. 1, 2006, p. 35 – 52. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n1/v17n1a04.pdf>>. Acesso em 08 out. 2015.

LEMOS, F.C.S. A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança. *Rev. Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v. 18, n.3, set./dez. 2014, p. 485-492.

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.

LUZIO, C.A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, jan./mar. 2010, p. 17-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 mai. 2015.

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

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Rev. Saúde Pública**, Catalunya, vol. 44, n. 3, 2010, p. 399 – 405. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/03.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2015.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W.F. de. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. Rio de Janeiro, **Saúde Debate**, v. 36, n. 95, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400010>. Acesso em: 03 nov. 2015.

MERHY, E.E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. Emerson Elias Merhy, Heloisa Amaral (orgs.). Campinas: Hucitec, 2007, p. 25-37

MERCADANTE, M.T. **Negociando o diagnóstico clínico** (Psicoses da infância). São Paulo: Memnon, Série ouro, v.2, 1995.

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.**, v.31, n.2, p.85-88, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n2/v31n2a01.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

MOREIRA, M. S. **Ser são em lugares insanos**: o DSM, a validade científica e a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos. *CliniCAPS*, v. 4, n. 10, 2010. Disponível em: <http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_10_art_04.html>. Acesso em: 14 dez. 2015.

MOTA, A.; MARINHO, M.G.S.M.C. **História da Psiquiatria: Ciência, Práticas e Tecnologias de uma especialidade médica** São Paulo: USP: UFABC, 2012. v.2. - (Coleção Medicina, Saúde e História; v.2)

MUHL, C.; BERLATTO, F. **Reforma Psiquiátrica e Políticas Públicas em saúde mental no Brasil**: uma análise dos atores. Disponível em: <https://www.academia.edu/9683856/Reforma_psiqui%C3%A1trica_e_pol%C3%ADticas_p%C3%BAblicas_em_sa%C3%BAde_mental_no_Brasil_uma_an%C3%AAlise_dos_atores>. Acesso em 20 mai. 2015.

MUYLAERT, C.J. **Formação, Vida Profissional e Subjetividade**: narrativas de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. 2013. 160f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo – SP.

NASCIMENTO M. L. do; COIMBRA, C.M.B; LOBO, L.F. Anotações iniciais sobre a psiquiatria do desenvolvimento: "é de pequeno que se torce o pepino". **Rev. psicol. polít. online**, São Paulo, vol. 12, n. 23, 2012, p. 87 – 103. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1519549X2012000100007&script=sci_abstract>. Acesso em: 20 mai. 2015.

NEVES, A. C. **A construção do corpo psiquiátrico**. In: MOTA, A.; MARINHO, M.G.S.M.C. **História da Psiquiatria: Ciência, Práticas e Tecnologias de uma especialidade médica** São Paulo: USP: UFABC, Col. Medicina, Saúde e História, 2012., v. 2., p. 29 – 42.

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”. 2008. 173f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP.

OLIVEIRA, J.A.M. O processo de desinstitucionalização da loucura em serviços de saúde mental no estado de Sergipe: um problema clínico-político. 2006. 106f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ.

OLIVEIRA, W. de. A compreensão do fenômeno psíquico na modernidade ocidental e a prática da saúde mental social e higiênica no Brasil. **Cad. Bras. de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, jan.-jun. 2012, p. 160 – 165.

ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, 2009, vol. 43 (Supl. 1), p. 16 - 22.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Saúde Mental: Novos caminhos, novas esperanças. **Relatório de Saúde Mental no Mundo, 2001**. Genebra, out. 2001. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em 12 nov. 2015.

PACHECO, R.A. Que Psicopatologia para o campo da saúde mental? In: **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. Emerson Elias Merhy, Heloisa Amaral (orgs.). São Paulo: Ed. Hucitec, 2007, p. 117-125.

PATTO, M.H.S. Ciência e Política na I República: origens da Psicologia Escolar. In: **Clio Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil**. Ana Maria Jacó-Vilela, Fábio Jabur, Heliana de Barros Conde Rodrigues (orgs.). Rio de Janeiro, 2008, p. 187 - 207. Disponível em: <http://cliopsyche.com.br/wp-content/uploads/ClioPsyche_Historas_psicologia_Brasil.pdf>. Acesso em 16 set. 2015.

PÉLICIER, Y. **A Psiquiatria ao alcance de todos**. Sylvia Jambeyro (Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

PEREIRA, M.E.C. Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** vol. 12, n. 1, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000100011>. Acesso em: 19 jul. 2015.

_____. Bayle e a descrição da aracnoidite crônica na paralisia geral: sobre as origens da psiquiatria biológica na França. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** vol. 12, n. 4, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142009000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 jul. 2015.

PICCININI. Algumas considerações sobre a Psiquiatria. **Psychiatry on line Brasil**, v. 16, n. 6, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano11/wal0611.php>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

PIRES, M. R. G. M. Ciência e reconstrução em saúde: disrupção e provisoriedade como possibilidades emancipatórias. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n. 2, 2004, p. 469 – 478.

PORTER, R. **Cambridge: história da Medicina**. Geraldo Magela Gomes da Cruz (Trad.); Simara Mônica de Oliveira Leite (Trad.). Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

QUEIROZ, M. de D.; ANTUNES, S.M.M.O. A configuração da Reforma Psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, n.1, 2007, p. 207 - 215. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100022>. Acesso em: 20 jul. 2015.

RAY, M. B. **Médicos do Espírito**. A história da Psiquiatria. Juvenal Jacinto (Trad.). Rio de Janeiro: Editora Globo, 2. ed., 1ª impressão, 1965.

REIS, A.O.A.; FONSECA, F.L. da; NETO, M.L.R.; DELFINI, P.S. de S (orgs.). **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. Caracterização Sociodemográfica e Epidemiológica da População Atendida pelos CAPSi do Estado de São Paulo. São Paulo:Schoba, 2012.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (Orgs.). **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1997, cap. 1, p. 15-74.

RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia a velha República. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, 2006, p. 29 – 38. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

ROSEN, G. **Da polícia médica a medicina social**: ensaios sobre a história da assistência medica. Angela Loureiro (Trad.). Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SADOCK, B.J. SADOCK, V.A. Psiquiatria infantil: Avaliação, Exame e Testagem Psicológica. In: SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Manual conciso de psiquiatria clínica**. [Kaplan and Sadock's concise textbook of clinical psychiatry]. Cristina Monteiro (Trad.). 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SANTOS, M.W. Crianças no tempo presente: a sociologia da infância no Brasil. **Proposições**, Campinas, v.23, n.2, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373072012000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2015.

SARTORI, L. **O manejo da cidadania em um Centro de Atenção Psicossocial**. 2011. 177f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP.

SCARTEZINI. **Introdução ao método de Pierre Bourdieu**. Cadernos de Campo, Araraquara, n. 14/15, 2010/2011, p. 25 – 37. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/5159>>. Acesso em 18 de jul. 2015.

SCHULTE, W.;TOLLE, R.. **Manual de psiquiatria**. Celeste de Oliveira Vieira (Trad.). Sao Paulo: EPU, 1977. Cap. 1, p. 1 – 30.

SERRA, A. A.; PEREIRA, C.R. **A psiquiatria como discurso político**. Os carreiristas da indisciplina. Rio de Janeiro: Achiame, 1979. (Coleção Textos Paralelos).

SERRA, L.N.; SCARCELLI, I.R. Escola Pacheco e Silva: Propostas para a Infância Paulista in MOTA, A.; MARINHO, M.G.S.M.C. **História da Psiquiatria**: Ciência, Práticas e Tecnologias de uma especialidade médica. Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 191 – 212. Coleção Medicina, Saúde e História, 2.

SHIRAKAWA, I.; GONÇALVES, E.C. Assistência psiquiátrica e desinstitucionalização. In: CREMESP. **Ética e Psiquiatria**. 2. ed. 2007, p. 185 – 192. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/edicao2_etica_psiquiatria.pdf>. Acesso em 04 ago. 2015.

SINGER, P.; CAMPOS, O., OLIVEIRA, E.M. de. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Fernando Lopes de Almeida (Coord.); Francisco Rego Chaves Fernandes (Coord.). Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

STROILI, M.H.M. **Saúde Mental no Brasil: uma análise da estruturação e desenvolvimento do campo**. 2002. 288f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP.

SOUZA, N. R. Centro de Atenção Psicossocial: evolução ou reprodução? I Seminário Nacional de Sociologia e Política UFPR. **Sociedade e Política em tempos de incerteza**, 2009. Disponível em: <<http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT1/EixoIV/centro-de-atencao-Nei-RicardoSouza.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

SOUZA, A.C.S. de; RIBEIRO, M.C. A interdisciplinaridade em um CAPSi: a visão dos trabalhadores. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 1, 2013, p. 91 -98. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/734/419>>. Acesso em: 17 set. 2015.

SZASZ, T.S.. **Cruel Compaixão**. Ana Rita P. Moraes (Trad.) Campinas, SP: Editora Papirus, 1994.

TELLES, H. P. R. da S. **Infância e saúde mental**: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo – SP.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceitos. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.9, n.1, jan./abr. 2002, p. 25 – 59. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

THIRY-CHERQUES, H. R. **Pierre Bourdieu: a teoria na prática**. RAP Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, vol. 40, n. 1, p. 27 – 55, jan./fev.2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a03.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2015.

VALLE, I.R. A obra do sociólogo Pierre Bourdieu: uma irradiação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, 2007, p. 117 - 134. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ep/article/view/28039>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

VANDENBERGUE, F. **“O real é relacional”**: uma análise epistemológica do estruturalismo gerativo de Pierre Bourdieu. Gabriel Peters (Trad.). [200-]. Disponível em: <<http://sociofilo.iesp.uerj.br/wp-content/uploads/2011/03/Orealerelacional-vandenbergh.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

VELHO, G. Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. In: FIGUEIRA, S. A. (Coord.), **Sociedade e doença mental**, Rio de Janeiro: Campus, 1978.

VILLAS-BOAS, G. **Caminhos possíveis**: da desconstrução da doença mental à produção de cidadania nas práticas em saúde mental. 203. 102f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão – SE.

ZGIET, J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar? **Saúde debate online**, vol. 37, n. 97, 2013, p. 313-323.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: Planejamento e Métodos. Daniel Grassi (Trad.). São Paulo: Artmed Editora S.A., 3ª ed., 2005.

8. APÊNDICES

8.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convidamos V.Sa. a participar da pesquisa “A ciência psiquiátrica pela perspectiva CTS”, sob responsabilidade da pesquisadora Arieli Januzzi Buttarello, que tem por objetivo levantar dados para a compreensão da atuação multiprofissional em cuidados da saúde mental infantojuvenil pautados na política pública de Saúde Mental.

Para a realização deste trabalho será utilizado o método de entrevista, sendo as conversas gravadas para posterior transcrição que ficará sob os domínios da pesquisadora, que se compromete a não modificar ou divulgar o material de forma que venha comprometê-lo agora ou futuramente. Ressalta-se também que suas informações e opiniões serão mantidas em anonimato.

Diante a possibilidade de surgir algum desconforto ou caso sinta a existência de algum risco diante dos procedimentos utilizados, comunique imediatamente ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências.

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa pautam-se na reflexão acerca dos atuais tratamentos psiquiátricos voltados às crianças e adolescentes, sendo assim contribuinte para o impacto de mudanças na política pública responsável por tais.

O senhor(a) possui direitos que incluem:

a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta;

a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si;

a garantia de privacidade à sua identidade e do sigilo de suas informações.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, procurar os pesquisadores através dos contatos que seguem:

Departamento de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade Centro de Educação e Ciência Humanas (CECH) Universidade Federal de São Carlos – Campus São Carlos – Área Sul Rodovia Washington Luís, km 235 SP 310 CEP 13565-905

Celular:

E-mail: arielicts@gmail.com

Consentimento Livre e Esclarecido:

Eu, _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob o meu poder e outra em poder do pesquisador.

Local:

Data: ____/____/____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

8.2 Solicitação de autorização de pesquisa acadêmica no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

À Secretária Municipal de Saúde,

Eu, Arieli Januzzi Buttarello, discente do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, solicito a autorização para frequentar o Centro de Atenção Psicossocial Infantil II (CAPSi II) Alexandre Donato Monteiro para fins de pesquisa científica.

O projeto de pesquisa possui orientação do Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade e é financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), podendo ser consultado pelo nº 2014/06638-0. As intenções de pesquisa foram devidamente analisadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Pesquisa através da Plataforma Brasil, podendo ser consultado pelo Certificado de Apresentação para Avaliação Ética (CAAE) nº 34297814.6.0000.5504.

As atividades de pesquisa que serão desenvolvidas pautam-se na observação não-participante das reuniões de discussão de caso da equipe profissional do Centro, análise documental dos prontuários dos usuários e entrevistas com os profissionais responsáveis pelos tratamentos.

Ressalta-se que os entrevistados receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e toda a atividade desenvolvida no CAPSi II Alexandre Donato Monteiro será respaldada na Resolução CNS 196/96, que garante os direitos dos pesquisados.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, a pesquisadora estará disponível através dos contatos:

Celular:

E-mail: arielicts@gmail.com ou ariellibuttarello@hotmail.com

Arieli Januzzi Buttarello
(pesquisadora responsável)

Thales Haddad Novaes de Andrade
(orientador da pesquisa)

Consulta da autorização e legislação:

Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Carta Circular. Disponível em
<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/carta_circular/Usode_dados_de_prontuarios_para_fins_de_Pesquisa.pdf>.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>

Projeto aprovado pela FAPESP. Consulta sob o nº 2014/06638-0. Disponível em:
<<http://fapesp.br/>>.

Projeto aprovado pela Plataforma Brasil. Consulta sob o nº. CAAE 34297814.6.0000.5504. Disponível em:
<<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>>.

8.3 Roteiro para entrevista semi-estruturada aos profissionais atuantes em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil

1. Sobre a formação acadêmica e profissional

Como se deu a trajetória para ser um cuidador de saúde mental infantojuvenil? (Onde fez sua graduação? Houve especializações ou pós?)

Como julga a relação de sua formação acadêmica com a sua atuação profissional? (A grade curricular é atualizada com a realidade dos atendimentos? Se há problemáticas, como poderiam ser solucionadas?)

2. Sobre a atuação profissional

Qual o papel de seu trabalho na saúde mental?

Você tem acompanhado pesquisas da sua área após ter concluído sua graduação ou você julga que o conhecimento de sua área dá-se na prática do dia-a-dia?

Como avalia a interação de sua profissão com outras profissões que compõem o campo de cuidados à saúde mental infantojuvenil?

Qual sua opinião sobre a relação de sua profissão com os psiquiatras responsáveis pelos diagnósticos das crianças do Centro? (*questão restrita aos profissionais do Centro e não aos psiquiatras*)

Como sua área contribui para o atendimento no CAPSi?

Aponte as satisfações e insatisfações de sua atuação no Centro.

3. Sobre políticas públicas de saúde mental

Como entende a sua interação profissional com a política pública brasileira de saúde mental infantojuvenil? (Como entende a interação de sua profissão com os princípios do SUS?)

Como avalia a atual dinâmica multiprofissional institucionalizada pela política pública brasileira de saúde mental infantojuvenil? (Como sua área pode contribuir para mudanças?)

4. Sobre as críticas ao tratamento medicamentoso

O que significa para você as críticas ao uso de medicamentos no tratamento dos infantojuvenis com transtornos mentais?

Como você vê o uso de outras técnicas?

Questões restritas aos psiquiatras:

Como se deu o percurso para ser denominado psiquiatra infantil?

As crianças que chegam até você são em sua maioria enviadas por quem?

Aponte como o diagnóstico é feito (Quais critérios sua área define como os determinantes mais básicos para haver tratamento?)

Há encaminhamentos dos pacientes para outros profissionais da área?

9. ANEXOS

9.1 Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ciência psiquiátrica pela perspectiva CTS: os conflitos pela legitimação dos cuidados aos infantojuvenis

Pesquisador: Arieli Januzzi Buttarello

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34297814.6.0000.5504

Instituição Proponente: CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 837.629

Data da Relatoria: 12/08/2014

Apresentação do Projeto:

O trabalho pretende compreender a relação de disputa para a legitimação do cuidado da saúde mental infanto-juvenil, avaliando qual o impacto social de uma pressuposta hierarquia científica com a supremacia da Psiquiatria; utilizando-se de análise documental dos prontuários individuais dos usuários do Centro, entrevistas semiestruturadas com a equipe multiprofissional e os psiquiatras responsáveis por demandarem o serviço, e observação participante em reuniões de discussão de caso sobre os usuários do Centro. Com os resultados obtidos, almeja-se um caminho de introdução dos estudos CTS em uma temática recente e repleta de lacunas; assim como auxiliar em perspectivas que suscitem reflexões e revisões na produção de políticas públicas.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos dessa pesquisa baseiam-se no interesse em apontar as tensões e contradições entre as diretrizes da política pública de saúde mental infanto-juvenil e o contexto real da atuação das ciências multidisciplinares que compõem um CAPSi. Tal análise abrirá espaço para também discutir sobre o protagonismo dos usuários, devido aos infanto-juvenis delegarem suas opiniões aos adultos responsáveis por eles.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 837.629

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto destaca os riscos da pesquisa, indicando no TCLE que diante a possibilidade de surgir qualquer desconforto o sujeito da pesquisa deve comunicar imediatamente ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências.

Os benefícios esperados com o resultado da pesquisa pautam-se na reflexão acerca dos atuais tratamentos psiquiátricos voltados às crianças e adolescentes, sendo assim contribuinte para o impacto de mudanças na política pública responsável por tais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O assunto apresentado possui relevância à área em questão.

O projeto apresentado especifica a informação de quais os riscos que a pesquisa apresenta, porém não esclarece os benefícios aos sujeitos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto foi adequadamente preenchida e está assinada.

O projeto também consta da autorização da instituição a ser desenvolvido, conforme solicitado.

O TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) foi apresentado corretamente.

Recomendações:

Projeto Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 837.629

SAO CARLOS, 20 de Outubro de 2014

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP **Município:** SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Página 03 de 03