

SAÚDE MENTAL

Infantojuvenil

Territórios, Políticas e Clínicas de Resistência



Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Maria Aparecida Affonso Moysés
Organizadoras

COLEÇÃO SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

VOLUME 1

Título:

Saúde Mental Infantojuvenil - Territórios, Políticas e Clínicas de Resistência

Organizadoras:

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

Maria Aparecida Affonso Moysés

Revisão:

Regiane Aparecida de Castro Alves

Diagramação e Capa:

Sarah Furtado

Editora:

Universidade Federal de São Paulo

Co-Editora:

Associação Brasileira de Saúde Mental.

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: *Territórios, políticas e clínicas de resistência/ Luciana Togni de Lima e Silva Surjus; Maria Aparecida Affonso Moysés (Orgs.). Santos: Unifesp/ Abrasme, 2019.*

ISBN: 978-85-62377-40-2

Palavras Chave:

1. Saúde Mental 2. Infância 3. Direitos Humanos



Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

NÚMERO 1, 2019

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL:
TERRITÓRIOS, POLÍTICAS E CLÍNICAS DE RESISTÊNCIA

Organização de
LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS
MARIA APARECIDA AFFONSO MOYSÉS

EDITORA UNIFESP
CO-EDITORA ABRASME
Santos, 2019



SUMÁRIO

#	Editorial: Como Pensar Uma Saúde Mental Infantojuvenil Como Território, Política, E Clínica De Resistência?	6
#	Crônica: As Meninas-Que-Cortam	9
1.	Sobre Diferenças, Desigualdades, Direitos: Raízes da Patologização da Vida	13
2.	Desigualdades Y Violencias en las Infancias con Sufrimiento Psíquico y Vulnerabilidad Social en Argentina	28
3.	Alguns Aspectos Históricos Metodológicos Relevantes dos Irdi	37
4.	As Armadilhas da Prevenção e o Cuidado Socialmente Contextualizado Da Primeira Infância	45
5.	De Prevenciones y Predicciones. La Clínica y el Cuidado como Política.	55
6.	Uma Experiência de Abordagem Psicossocial em Pediatria	63
7.	Infâncias: Uma Questão para a Psicanálise	77
8.	Militâncias de Familiares de Autistas e a Economia Política da Esperança no Brasil De 2019	89
9.	De Volta ao TDAH - 15 Anos Depois	104
10.	O que nos Conta o Programa Bpc na Escola Sobre Políticas Públicas para Crianças e Adolescentes com Deficiência e Seus Familiares	117
11.	Sobre Meninos Feridos, Comportamentos Agressivos e Uso de Drogas	127
12.	Redes de Assistência e de Proteção como Dispositivos de Resistência à Institucionalização Prolongada e à Tanatopolítica	140
13.	Internações Psiquiátricas de Crianças e Adolescentes: um Analisador da Reforma em Saúde Mental	154
#	Autores	164

Editorial

Editorial

COMO PENSAR UMA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL COMO TERRITÓRIO, POLÍTICA, E CLÍNICA DE RESISTÊNCIA?

À guisa de cumprir a honrosa incumbência de prefaciар essa mais que oportuna coletânea dedicada à infância e juventude, que junta um grupo admirável de pensamentos em torno da temática, e, através do trabalho primoroso de Luciana Togni Surjus e Cida Moysés, na sua organização, nos oferecem um debate atual e oportuno, dedicado a um contingente humano tão negligenciado, essas meninas e meninos e seus sofrimentos!

Philippe Ariès nos ensinou, no seu imprescindível trabalho História social da criança e da família, que a infância sempre foi relegada a um lugar de não importância da Idade Média ao Séc. XVIII. Somente com a Modernidade a criança passa ser concebida como indivíduo e então se começa a perceber problemas de desenvolvimento nesses infantes. Entretanto, a questão da Saúde Mental da Infância enquanto um campo de estudos e atenção, somente se inicia no final do Séc. XIX e começo do Séc. XX. Reflexo desse retardo histórico aqui no Brasil é o quanto a saúde mental da infância e juventude tem sido postergada. Jamais a tivemos incluída nas prioridades de atenção de fato, a despeito de alguns esforços isolados expressos em documentos e oficinas.

Obrigada a percorrer, a voo de pássaro, uma trajetória de contribuições tão ricas, distintas e intrigantes de mulheres e homens que dedicam à infância e adolescência os seus trabalhos cotidianos que ora compartilham conosco suas reflexões, logo desisti de compilar seus ditos numa síntese incompleta!

Ana Marta Lobosque (As meninas que cortam); Maria Aparecida Affonso Moysés e Cecília Azevedo Lima Collares (Sobre diferenças, desigualdades, direitos: raízes da patologização da vida); Alejandra Barcala (Desigualdades y violencias en las infancias con sufrimiento psíquico y vulnerabilidad social en Argentina); Domingos Paulo Infante (Alguns Aspectos histórico-metodológicos relevantes dos Indicadores de Risco de Desenvolvimento Infantil - IRDI); Claudia Mascarenhas e Leny Trad (Armadilhas da prevenção e cuidado socialmente contextualizado da primeira infância: um diálogo entre psicanálise e saúde coletiva); Gisela Untoiglich (De prevenciones y predicciones. La clínica y el cuidado como política); Fernando Cesar Chacra e Maria de Lurdes Zanolli (Uma experiência de abordagem psicossocial em pediatria); Ilana Katz (Infâncias: uma questão para a psicanálise); Ricardo

Arantes Lugon e Barbara Costa Andrada (Militâncias de familiares de autistas e a economia política da esperança no Brasil de 2019); Rossano Cabral Lima (Avaliação crítica sobre Transtornos do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH); Carla Biancha Angelucci e Luís Fernando de Oliveira Saraiva (O que nos conta o Programa BPC na Escola sobre políticas públicas para crianças e adolescentes com deficiência e seus familiares); Luciana Togni de Lima e Silva Surjus (Sobre meninos feridos, comportamentos agressivos e uso de drogas); Vladia Jucá e Laís Flores (Desinstitucionalização em rede para adolescentes em acolhimento institucional); Maria Cristina G. Vicentin e Flávia Blikstein (Internações psiquiátricas de crianças e adolescentes: um analisador da reforma em saúde mental).

Um raro coletivo de importantes autores do campo trazendo temáticas tão diversas quanto essenciais ao momento atual!

Em cinco prefácios, para cinco livros não escritos, Friedrich Nietzsche já nos dá a pista que não se pode pretender fazer um pré-texto do texto... já havia dito! Mas, como recuar à vontade de saber e debater o que está dentro de cada contribuição? Tarefa que ora compartilho com os muitos leitores que certamente estarão por vir!

Assim, ultrapassando os “perfumes como pele de criança” tenho que mergulhar na angústia e sofrimento de crianças e jovens tão mal compreendidos entre nós para reconhecer no trabalho dessas autoras e autores, persistentes na coragem de enfrentar nesses tempos ético-políticos opacos, desanimadores, a construção de uma “clínica de resistência” para enfrentar o ocaso e a desesperança daquelas e daqueles que serão o nosso futuro!

Luciana Surjus nos traz Olievenstein para lembrar que Democracia se aprende. Para alcançar a democracia psíquica, há que se explicar democracia, pois ela não é vivenciada nos cenários de desigualdade. Para a construção democrática é preciso saber que haverá luta, obstáculos, sendo fundamental que se possa suportar a ambivalência das escolhas das pessoas que usam drogas de maneira intensa. Não há democracia sem a chance de escolher (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2005).

E ainda, fazendo coro com Luciana nas suas escolhas, reforço Paulo Freire, nosso educador mor, quando alerta: Se a nossa opção é progressista, se estamos a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do arbítrio, da convivência com o diferente e não de sua negação, não temos outro caminho senão viver plenamente a nossa opção. Encarná-la, diminuindo assim a distância entre o que dizemos e o que fazemos. (FREIRE, 2014)

Os silenciados não mudam o mundo. Temos um traçado brasileiro e latino-americano de reflexões pela frente e não vamos desperdiçá-lo!

Cabe-me também aqui mencionar a firmeza da decisão da Associação Brasileira de

Saúde Mental de publicar nesta temporada, animada pelo trabalho de Luciana Surjus, Coordenadora do Grupo de Trabalho da Infância e Adolescência da Abrasme, quer através da Edição Especial sobre Saúde Mental Infantojuvenil no periódico Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, quer através desse livro que agora lhes chega às mãos, um esforço significativo de trazer para os interessados o que está se pensando no Brasil e América Latina na atenção à infância e juventude.

Te vejo no pódio

Ano passado eu morri mas esse ano eu não morro

Boa leitura!

Ana Maria Fernandes Pitta

Presidente da Abrasme

CRÔNICA

As meninas que cortam

— — — — —

AS MENINAS-QUE-CORTAM

Ana Marta Lobosque

Neste dia internacional das mulheres, quero falar um pouco das meninas-que-cortam.

Elas participam assiduamente da clientela que frequenta os serviços de saúde mental da cidade. Sua marca - sua griffe - é o corte.

Múltiplos cortes, na verdade. Frequentemente nos braços, paralelos, todos eles superficiais, mas renovados quando cicatrizam. Elas podem mostrá-los logo de início, até mesmo exibi-los com algum orgulho, ou, mais recatadas, escondê-los, para mostrá-los noutro momento. É preciso que os cortes cheguem ao conhecimento dos pais ou cuidadores mais próximos, o que se pode fazer diretamente, cortando-se perto deles, ou, por vias mais tortuosas, através de uma amiga qualquer. Aliás, os cortes são quase sempre ações entre amigas: fotografias deles circulam secretamente nos “zaps”, para acabar vazando, mais cedo ou mais tarde. Há toda uma cultura contemporânea do corte: sites, blogs, conversas pessoais ou em grupo, tratam dessa estranha arte de cortar.

É bastante comum que as meninas-que-cortam relatem também outros sintomas/problemas. O uso de drogas não é raro. Muitas vezes, dizem escutar vozes que as mandam matar-se, que as subestimam e acusam. E as chamadas tentativas de autoextermínio quase sempre fazem parte da história: elas tomam comprimidos (benzodiazepínicos, antidepressivos) de preferência aqueles usados por suas mães. Em Belo Horizonte, vão parar nas UPAS, onde se constata a ausência de consequências mais sérias; no mesmo dia, no máximo no dia seguinte, são encaminhadas para os Centros de Referência em Saúde Mental da Criança e do Adolescente.

As meninas-que-cortam são fortes candidatas a uma carreira de pacientes psiquiátricas – que, uma vez iniciada, dificilmente terá retorno, e as levará pela vida afora através dos mais estéreis caminhos. Caminhos semelhantes aos de suas mães e avós, que, em sua maioria, tiveram a sua infelicidade diagnosticada como “depressão” e usam psicofármacos, sendo personagens muito conhecidas nos centros de saúde. Vidas ruins, a de todas elas,

avós, mães e filhas: vida de gente pobre (embora muitas vezes nem tanto, economicamente, mas de uma grande pobreza cultural); vida de mulheres cujos pais, maridos, irmãos, pegam pesado, usam e abusam; vida de gente injustiçada, que sofre mas não sabe que sofre... de injustiça.

Abordar as meninas-que-cortam num atendimento nem sempre é tarefa fácil. Correm-se dois riscos. O primeiro é o da recusa: duros demais, achamos que se trata de simulação, de mentira, de falsos problemas, indignos da atenção de serviços de urgência que têm muito mais o que fazer. O segundo é o do alarme: sensibilizados demais, somos capturados pelo apelo, tememos em demasia o risco de suicídio, e, assustados, medicamos, colocamos a menina em permanência-dia, enfim, acionamos todos os pesados dispositivos da medicalização e da institucionalização.

Para bem atender as meninas-que-cortam, é preciso transpor algumas barreiras a uma conversa com elas, barreiras que se encontram em suas próprias maneiras e atitudes. Uma barreira pode ser aquilo que os velhos psiquiatras chamavam de *belle indifférence*: “Não, não tenho nada, está tudo normal”; ou, numa outra modalidade, quando nos dizem que querem morrer, com a cara mais indiferente do mundo.

Outra barreira: sim, elas podem mentir, dramatizar, exagerar. Mas o teatro é uma forma de expressão, e para quem bem escuta, também vale! Afinal, médicos, psicólogos e outros sabichões, lembrem-se de Caetano: “Você tem a verdade e a verdade é seu dom de iludir/ Como pode querer que a mulher vá viver sem mentir?”

Outra, ainda: as-meninas-que-cortam podem ser insuportavelmente mimadas e exigentes. O que não significa necessariamente que seus pais as mimem, embora aconteça; significa sempre que elas querem mimos e os procuram com ávida intensidade; estão dispostas a derramar sangue - um pouco de sangue - para obtê-los.

No entanto, quando uma posição acolhedora e sobretudo bem-humorada nos ajuda a transpor algumas barreiras, problemas que as afetam são relatados, e soluções mais férteis podem ser encontradas. Brigas e intrigas na escola, nas redes sociais; desacertos com os namorados ou namoradas (quando se trata de namoradas, elas também costumam ser meninas-que-cortam!). Questões que Freud chamaria edípicas: interesse apaixonado pelas relações entre os pais, seus amores e desamores; idealização do pai que saiu de casa, busca insistente pelo seu amor, ou ruptura ostensiva e dramática com ele; relação conflituosa com a mãe, oscilando entre momentos de intimidade excessiva e outros de raiva insuperável; disputas com irmãos e irmãs supostamente mais amados; marcas da sexualidade infantil reativadas na puberdade, e assim por diante. Não há nada disso que não se encontre nos

casos freudianos clássicos de histeria, nas Doras e nas Elizabeths. Não é preciso inventar novas categorias diagnósticas para as meninas-que-cortam, o DSM não acrescenta nada.

Nada disso é muito original, não é? Mas na clínica a originalidade surge é do jeito que essas coisas banais se configuram para cada uma, a forma pela qual surge, o jeito que o sujeito procura para respondê-las e, ao mesmo tempo, o laço singular da transferência a enlaçá-la com aquele que escuta.

Daí, o atendimento sai da estereotipia e do tédio; começa a ficar interessante, divertido. A menina ri. A gente também. A menina chora. A gente não. A menina pede remédio. A gente não dá. A menina pede palavras. A gente oferece. A menina ameaça. A gente se cala. A menina diz que não nos quer mais. A gente diz que continua querendo ela.

Neste Dia Internacional da Mulher, eu desejo de todo o meu coração que as meninas-que-cortam se tornem livres e belas, como todas as mulheres desejam e podem ser. Que as suas questões – questões femininas – não sejam silenciadas pela tutela e pela vigilância, nem pelo desdém e pelo menosprezo. Que suas palavras encontrem registro numa escuta serena; que busquem saídas nos atendimentos, nas artes da saúde e da cultura, na dança e na escola, na música e na convivência, na família e na cidade. Que não sejam empurradas para a lamúria, a doença, a resignação; mas bem-vindas à luta dura e corajosa pela qual transformamos a cada dia nossa condição de mulher.



SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL:



TERRITÓRIOS, POLÍTICAS E CLÍNICAS DE
RESISTÊNCIA

1. SOBRE DIFERENÇAS, DESIGUALDADES, DIREITOS: RAÍZES DA PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA

Maria Aparecida Affonso Moysés

Cecilia Azevedo Lima Collares

Dani es un niño que no sabe andar en bicicleta. Todos los demás niños de su barrio ya andan en bicicleta; los de su “cole” ya andan en bicicleta; los de su edad ya andan en bicicleta. Han llamado a un psicólogo para que estudie su caso. Ha hecho una exploración, le ha pasado unas pruebas (coordinación motriz, fuerza, equilibrio y muchas más; ha hablado con los padres, con los profesores, con los vecinos, con los compañeros de clase) y ha llegado a una conclusión: ese niño tiene un problema, tiene dificultades para andar en bicicleta. Dani es “disbiciclético”. Ahora ya podemos estar todos tranquilos, ya tenemos un diagnóstico. A partir de ese momento todo tiene explicación: el niño no anda en bicicleta porque es disbiciclético y es disbiciclético porque no anda en bicicleta. (RUIZ, 2005)

A diferença identifica

Eu sei andar de bicicleta, Dani não sabe. Dani é diferente de mim. Portanto, Dani deve ter um problema.

Não, não é assim. Dani não é diferente de mim. Existem diferenças entre nós. O “diferente” não existe. As diferenças se concretizam nas relações; existem diferenças entre duas ou mais pessoas, entre nós que agora escrevemos e você que nos lê. Mas você não é diferente de nós, pois não somos o referencial do correto, do adequado; não somos, enfim, o centro do mundo.

Somos todos diferentes de todos. Existem diferenças entre todos nós. Diferenças nos modos de ser, de agir e reagir, afetar e ser afetado, aprender e lidar com o aprendido, sofrer e se alegrar. Somos diferentes nos “modos de levar a vida” (CANGUILHEM, 1982) Exatamente porque somos diferentes podemos nos identificar com o outro, conseguimos nos aproximar de suas emoções, sofremos com as injustiças que sofre, lutamos contra a violência que o atinge. As diferenças não constituem problema, ao contrário, são solução, uma das riquezas da humanidade e devem ser valorizadas, respeitadas, acolhidas.

Marcar alguém como diferente revela muito de “quem marca”, como alguém incapaz de se perceber na alteridade e de reconhecer o outro como uma pessoa igual a si. Essa

intolerância constitui um dos elementos fundantes do fascismo. Quem vê o outro como diferente, desvela sua pretensão de ser o ponto central da humanidade. A humanidade não tem ponto(s) de centralidade, a humanidade se constitui de pessoas iguais em sua condição de humanos, com diferenças entre todos. Se o outro não é visto como igual a mim, ele não é visto como humano; aí, não há possibilidade de respeito, e está pronto o chão da intolerância e do ódio que dela brota.

A desigualdade deforma

Vivemos uma sociedade permeada por problemas coletivos, de ordem social, política, econômica. Problemas que geram desigualdades, especialmente de inserção social, etnia e gênero. Desigualdades geradas pelos modelos de desenvolvimento das sociedades, desigualdades que mantêm e legitimam tais modelos.

Homens e mulheres são diferentes, sem dúvida; porém não é pela diferença que ela recebe um salário menor pelo mesmo trabalho. Um homem de pele de cor negra tem a cor da pele diferente de um homem de pele de cor branca, mas não é pela diferença na cor da pele que negros foram escravizados e continuam sendo marginalizados e sem acesso a melhores condições de vida.

Se diferenças permitem a identificação entre humanos, iguais porque diferentes, a desigualdade deforma. Deforma as relações. Deforma minha visão do outro, impedindo que me identifique com ele – como me identificar com um ser deformado? – destruindo sua humanidade; se deformato o outro com meu olhar, também me deformato, mesmo que não perceba; destruo o humano em nós. No extremo, deforma e destrói a própria humanidade.

A diferença somente pode acontecer entre iguais, que se completam exatamente pelas diferenças, um preenchendo a incompletude do outro. Em contraste, a desigualdade anula o outro, cria hierarquias, discriminações. (GERALDI, 2003) Se as diferenças devem ser valorizadas e acolhidas, a desigualdade deve ser intransigentemente combatida.

Vivemos tempos de intolerância

Vivemos tempos em que diferenças e desigualdades são tornadas iguais, no mesmo incômodo que provocam nas pessoas que nem são diferentes nem sofrem desigualdades.

A diversidade dos seres humanos vem se tornando cada vez mais um problema a ser sanado. Se possível, extirpado. Se necessário, extirpando os portadores de tal problema, os diferentes.

A propalada cordialidade dos brasileiros se retira de cena e revela no fundo do palco pessoas prestes a explodir sua raiva e frustração no primeiro “diferente” que passe em seu caminho. Pode ser um jovem negro, uma transexual, um indígena, um militante político, uma umbandista, um torcedor de outro time...

Porém, a violência também assume outras máscaras, disfarçando-se para se invisibilizar, como os laudos médicos e psicológicos, que sustentam e realizam os processos de medicalização e patologização da vida.

Gabriela é uma garota de 6 anos, que há um ano começou a brigar com colegas de escola e desobedecer a professora. Nesse período, sua agressividade veio aumentando e foi encaminhada a uma psiquiatra que diagnosticou Transtorno por Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiante (TOD) e prescreveu Ritalina® e Risperdal®, com melhora discreta dos sintomas.

Vivemos tempos em que diferenças e desigualdades são artificialmente transformadas em doenças, transtornos, por meio de discursos cientificistas. Capturados por normas e padrões artificiais, que retiram a vida de cena e criam uma epidemia de diagnósticos de transtornos mentais. Os processos de medicalização e patologização, baseados em discursos e práticas normativos e autoritários, colocam todos nós em risco de sermos rotulados como “disbicultéticos”, ou “dis...”, ou “trans...”, apenas por sermos “diferentes” ou por sofrermos as desigualdades geradas em uma sociedade fundada na desigualdade.

Rotular, classificar, diagnosticar

Ao longo da história do mundo ocidental, as pessoas que não se submetem aos padrões de comportamento ditos normais, apresentando comportamentos distintos ou questionando tais padrões, sempre incomodaram a maioria, docilmente submetida, sendo alvo de perseguições.

Por que alguém que exhibe comportamentos acima de qualquer suspeita é tão afetado por um outro alguém diferente, a ponto de precisar retirá-lo de seu campo de visão, e mesmo eliminá-lo? Talvez porque ver uma pessoa que não se enquadra nas normas escancare que pode ser diferente, isto é, que os padrões não são naturais, não foram e não serão sempre os mesmos.

O comportamento humano não é biologicamente determinado, mas tramado no tempo e nos espaços geográficos e sociais, histórico enfim. O ser humano é essencialmente um ser histórico e cultural; entretido em um substrato biológico, sim, porém datado e situado, como diria Paulo Freire.

A naturalização dos padrões de comportamento, levando à crença generalizada de que se deve agir segundo determinados moldes, é fundante da submissão, do não questionamento, da docilização de corpos e mentes, tão cara e necessária à manutenção da ordem vigente, em todos os tempos.

A partir dessa naturalização, está pronto o terreno para afastar/eliminar os que perturbam a ordem. Só faltam os critérios, os rótulos e, mais importante, o grupo a ser investido de poder para julgar e definir punições.

Até o século 16, o poder advinha da religião; autoridades eclesiásticas torturavam e condenavam à morte ateus, hereges, bruxas... Com o advento da ciência moderna, esta passa a ocupar os espaços discursivos do saber e do poder, tornando-se a autoridade investida de poder para exercer as mesmas ações, agora renomeadas: identificar, avaliar, tratar, isolar.

A medicina será o campo científico a ocupar, privilegiadamente, esse espaço, passando mais e mais a legislar sobre a normalidade e a anormalidade, a definir o que é saúde e o que é doença, o que é saudável e o que não é, o que é bom e o que é ruim para a vida. E a definição do comportamento desviante, ou anormal, será feita em oposição ao modelo de homem saudável, ou homem médio, estatisticamente definido. A normalidade estatística, definida por frequências e um raciocínio probabilístico, não por acaso coincidente com a norma socialmente estabelecida, é transformada em critério de saúde e doença. (MOYSÉS, 2002)

Através dessa atuação normatizadora da vida, a medicina assume, na nova ordem social que surge, um antigo papel. O controle social dos questionamentos definindo critérios para identificar os transgressores.

E os critérios anteriores começam a ser substituídos por outros. Ateus, hereges, bruxas são substituídos por loucos, criminosos, epiléticos. Mais recentemente, serão portadores de transtornos mentais.

A medicina, logo acompanhada pela psicologia, tem exercido esse papel com eficácia. De quê modo? Naturalizando os processos, naturalizando os modos de levar a vida. Basta recordar suas “grandes contribuições” nos anos 1960, quando jovens em quase todo o mundo questionavam o estabelecido, as normas e ordens postas. Nessa época, Arthur Jensen defendia que a inteligência seria geneticamente determinada e que os negros seriam naturalmente inferiores aos brancos. Também foi provado que a agressividade seria biologicamente determinada por disfunções cerebrais e a solução proposta para a violência

nos guetos foi a psicocirurgia (eufemismo para lobotomia); também se provou que, por determinação genética, os homens desenvolveriam melhor o raciocínio matemático e abstrato, enquanto as mulheres desenvolveriam mais o domínio da linguagem e as emoções, o que explicaria que homens se encaminhassem naturalmente para profissões como engenheiro, enquanto mulheres se encaminhariam naturalmente para profissões como secretária do engenheiro. (MOYSÉS, 2002)

O desenvolvimento científico e tecnológico, ao mesmo tempo em que possibilita seu próprio avanço, exige complexificação e sofisticação. O campo médico se especializa. A psiquiatria e a neurologia tomam por seu objeto de saber/poder o comportamento e pouco depois também a aprendizagem. A psicologia se descola da psiquiatria, porém sem romper com sua filiação paradigmática. Surgem os especialistas, agora com poder ainda maior para definir os limites da normalidade.

Surgem novos critérios, novos nomes, novas formas de avaliação, novas formas de punição. A vigilância se sofisticava.

Cérebros disfuncionais seriam agora a causa da violência. Cérebros disléxicos, hiperativos, desatentos, questionadores e baixos QI justificariam o fracasso da escola. Alterações genéticas explicariam os medos de viver em meio à violência. Frustrações na infância alterariam irreversivelmente circuitos neurais e, incrivelmente, provocariam transtornos neuropsiquiátricos de origem genética.

De início, loucos e criminosos... Trancafiados, isolados, para seu próprio bem e principalmente para o bem dos normais. Castrados para evitar que se reproduzam e se propaguem pela terra. Mortos, por condenação formal ou por acidente, nos interrogatórios de avaliação, nas prisões, nas enfermarias... Até ontem, pessoas com transtornos mentais, quimicamente submetidos e assujeitados. Hoje, novamente “eletrochocados”. Amanhã, talvez, novamente lobotomizados.

A normatização da vida tem por corolário a transformação dos problemas da vida em doenças, em distúrbios. O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria... tudo é transformado em doença, em problema individual.

Afasta-se a vida, para sobre ela legislar, muitas vezes destruindo-a violenta e irreversivelmente.

A medicalização é primordial na desconstrução de direitos, uma violência contra a pessoa capturada em sua teia. Ao desconsiderar os problemas que ela sofre e enfrenta, ao escamotear as possibilidades ou barreiras impostas em uma sociedade construída

no discurso da igualdade e fundada na desigualdade de fato, ao individualizar e atribuir seus modos de levar a vida à própria pessoa, a pretensos transtornos inerentes a ela, os processos patologizantes são novas formas de violência contra as pessoas.

Novos modos de vigiar, novos modos de punir.

E os profissionais, com sua formação acrítica e a-histórica, exercem, a maioria sem se dar conta, seu papel de vigilantes da ordem. Crentes nas promessas de neutralidade e objetividade da ciência moderna, não sabem lidar com a vida, quando se defrontam com ela. Sem disponibilidade para olhar o outro, protegem-se ancorando-se em frágeis instrumentos padronizados de avaliação.

Sem preocupação com as consequências de seu diagnóstico e laudo para a vida do outro, o profissional nem mesmo se permite perceber que a classificação não decorre do diagnóstico, e este de uma avaliação adequada, como lhe ensinaram. Os rótulos se urdem já nas primeiras impressões, no olhar preconceituoso; rótulos que classificam e embasam diagnósticos que os confirmam...

Miguel tem 7 anos e há 4 anos é acompanhado pela equipe de pediatria em uma Unidade Básica de Saúde em Campinas, São Paulo. Recentemente, em um surto de agressividade, amassou 5 carros; desde então, passou a agredir seus companheiros de escola e desobedecer os professores. Foi encaminhado a um psiquiatra, que diagnosticou TDAH e TOD, prescrevendo Ritalina® y Risperdal®.

O processo de medicalização e a desconstrução de direitos

Existe uma crescente transferência de problemas inerentes à vida cotidiana para o campo da medicina, transformando problemas coletivos em individuais, de pretensa origem biológica. Preferencialmente, de ordem neuropsiquiátrica e genética.

Tratar questões sociais como se fossem biológicas constrói um ideário em que o mundo da vida humana se iguala ao mundo da natureza, absolvendo de responsabilidade todas as instâncias de poder em que são gerados e perpetuados esses problemas.

No mundo da natureza, processos e fenômenos são regidos por leis naturais, quase universais. A medicalização naturaliza a vida humana; processos e relações socialmente constituídos são desconstruídos, como o conceito de direitos humanos, conquista histórica de homens e mulheres. É no mesmo terreno que possibilitou a Revolução Francesa,

(...) que pode brotar e resistir a concepção de que todos os seres humanos têm os mesmos direitos inalienáveis. Trata-se, como em todos os conceitos e concepções, de

uma construção histórico-cultural, e não de algo natural, inato ao ser humano ou inerente às sociedades humanas. Nem natural, nem biológico, e menos ainda genético. Uma construção cultural que só pode existir quando enxergo “o outro” como um sujeito como eu e me identifico com ele, o que faz com que eu seja afetada quando ele é atingido, sentindo e sabendo que “quem cala sobre seu corpo, consente na sua morte”. (MOYSÉS e COLLARES, 2007: 153)

A medicina constitui seu estatuto de ciência moderna em pouco mais de 50 anos, na transição entre os séculos 18 e 19, atribuindo-se a competência de legislar e normatizar o que é saúde ou doença – o que significa definir o “homem modelo” – e, honrando suas raízes positivistas, passa a reger todos os aspectos da vida dos seres humanos a partir de um olhar biologizado, que reduz pessoas a corpos. Primeira área ligada aos seres humanos a se constituir como ciência moderna, a medicina será o modelo epistemológico para as ciências que estudam o homem. (FOUCAULT, 1980)

O processo de biologização, em que todos os aspectos da vida estariam determinados por estruturas biológicas que não interagiriam com o ambiente, retira de cena todos os processos característicos da vida em sociedade: historicidade, cultura, organização social com suas iniquidades de inserção e acesso, valores, afetos... A redução da vida, em sua complexidade e diversidade, a apenas um aspecto – células e órgãos, tornados estáticos, determinados e deterministas –, é uma característica fundamental do positivismo, ao apregoar que o conhecimento das partes permitiria conhecer o todo. Tal pressuposto não se sustenta nem mesmo nas ciências exatas, com os novos conceitos da física quântica e da teoria do caos; em biologia, a mudança de um elemento pode modificar toda a configuração do objeto de estudo. Porém, o reducionismo persiste alimentando preconceitos baseados em estereótipos: um homem de 40 anos, de São Paulo, professor, casado, com pele negra, será apenas e irremediavelmente um homem negro; uma adolescente baiana, de 17 anos, questionadora e comprometida com um mundo melhor, é vista como portadora de TOD; um garoto de 9 anos, habitante dos subúrbios do Rio de Janeiro, filho de trabalhadores, que vai mal em uma escola precária, é somente um “menino que não aprende”, ou melhor ainda, um disléxico.

Reduzida a vida ao substrato biológico, o futuro fica irreversivelmente determinado desde o início; fica preparado o terreno para a medicalização e seu ideário de que os problemas sociais seriam consequência de dificuldades de origem e solução no campo médico.

Na atualidade, uma epidemia de diagnósticos patologiza a vida. É um tempo em que qualquer mal estar é rapidamente transformado em síndrome, enfermidade, transtorno.

Sem dúvida, os avanços científicos e tecnológicos possibilitam diagnósticos mais precoces e precisos, tratamentos mais eficientes, melhoras na qualidade de vida. Sem dúvida, o acesso a essas possibilidades é restrito, a maioria das pessoas não se beneficiam delas. Assim mesmo, promovem a amplificação da medicalização, tanto para os que tem acesso como para os que não tem. Professores de Dartmouth Medical School, alertam:

A avançada tecnologia permite que os médicos olhem profundamente para as coisas que estão erradas. Nós podemos detectar marcadores no sangue. Nós podemos direcionar aparelhos de fibra ótica dentro de qualquer orifício. Além disso, tomografias computadorizadas, ultrassonografia, ressonâncias magnéticas e tomografias por emissão de pósitrons permitem que os médicos exponham, com precisão, tênues defeitos estruturais do organismo. Essas tecnologias tornam possíveis quaisquer diagnósticos em qualquer pessoa: artrite em pessoas sem dores nas juntas, úlcera em pessoas sem dores no estômago e câncer de próstata em milhões de pessoas que, não fosse pelos exames, viveriam da mesma forma e sem serem consideradas pacientes com câncer. (WELCH et al, 2008: 8)

Nessa epidemia de diagnósticos, o mundo e a vida são observados por um prisma no qual o que não se enquadra em rígidos padrões e normas se converte em doenças a serem tratadas. Os infinitos modos possíveis de levar a vida e de aprender sofrem a imposição de padrões homogeneizantes; campos de maior diversidade, sofisticação e complexidade nos seres humanos são reduzidos a regras verificáveis em checklists. Não estranha que modos de se (des)comportar e de (dis)aprender sejam alvos prioritários na disseminação desses diagnósticos/rótulos; daí, decorre que crianças e adolescentes sejam alvos estratégicos.

Talvez ainda mais preocupante seja a medicalização da infância. Se uma criança tossir depois de fazer exercícios, ela tem asma. Se tiver problemas com leitura, é disléxica. Se estiver infeliz, tem depressão. Se alternar entre euforia e tristeza, tem distúrbio bipolar. (WELCH et al, 2008: 8)

Se você, como Dani, não souber – ou não gostar de – andar de bicicleta, com certeza será um “disbiciclético”. Mesmo que ninguém lhe tenha ensinado... O diagnóstico/rótulo está previamente definido: disbiciclético!

Agora, só falta elaborar uma sofisticada explicação de fisiopatologia neuronal. Basta elaborar, não precisa ser comprovada, nem mesmo testada; se for embalada em um discurso cientificista convincente e conquistar divulgação pela mídia, será suficiente; depois, os pais de Dani e de outras crianças que não andam de bicicleta serão envolvidos pelo discurso de entidades, associações, pesquisadores, profissionais, todos extremamente preocupados em ajudar Dani a superar o estigma que lhe foi imposto por eles mesmos. E então, o mundo

estará preparado para o lançamento da fantástica nova droga: a miraculosa EasyBike!

Estigma inscrito a ferro e fogo no corpo e na mente, a institucionalização em uma doença inexistente agride psiquicamente, corrói as potencialidades da pessoa

André, 9 anos, é encaminhado a consulta com a pediatra porque ainda não sabe ler; entra no consultório arrastado por sua mãe. Forçado a se sentar, dispara: “Vou ficar internado?”. A pergunta surpreende médica, que devolve: “internado por quê?”. Ele responde: “Porque não sei ler”. Na consulta, anamnese, exame físico, exame neurológico e desenvolvimento cognitivo eram normais. André não tem nenhum problema que dificulte aprender a ler e escrever. Ao sair, pergunta novamente: “Então, não vão me internar?”. A médica pergunta: “Internar por quê?” e ele responde: “Pensei que tinha que ficar internado para aprender a ler. Eu não queria vir, tinha medo que iam me deixar internado e não ia mais voltar para casa. Sonhei com isso a noite inteira.”

As violências contra “os Andrés” já eram muitas: a desigualdade social e de acesso cultural; o acesso à escola que encobre sua falta de acesso à ensinagem; os preconceitos contra seus valores, seus saberes, sua linguagem. (COLLARES e MOYSÉS, 2015) E agora, somam-se novas violências: a incorporação do rótulo que lhe atribuem de fracassado, por incapaz, por doente; a imposição de uma “doença” jamais comprovada pela medicina; a crença de que todas as desigualdades que continuará vivendo, sofrendo e transmitindo são por “sua culpa”. Porque, ao final, quem mais poderia ser responsável? O destino? Os deuses?

Andrés, Josés, Marías... Crianças inicialmente normais, reféns de incapacidades que lhes atribuem, confinados em doenças ou transtornos que não tem. Estigmatizados, discriminados, incapazes, doentes e ainda confinados. Confinados, disciplinados, controlados. Controlados a céu aberto, por uma instituição invisível, virtual, etérea porém muito concreta em suas mentes e corações. Institucionalizados!

Vivemos a Era dos transtornos

Atualmente, os processos de medicalização da vida se amplificam e sofisticam, com pretensas explicações no campo da biologia molecular. Patologiza-se o medo de viver em cidades violentas, assim como a própria violência, desconectando-a da exclusão social, de vidas sem perspectiva, tentando nos reduzir a seres estritamente biológicos. Células sem contexto e sem cultura. Genes atemporais, sem história, sem política.

Na busca da homogeneização de modos de levar a vida e do silenciamento de conflitos,

os que não se submetem sofrem processos destinados a lhes mostrar – assim como a aqueles que os rodeiam – que é melhor se conformar e deixar levar. Os que não se submetem são quimicamente assujeitados, institucionalizados em diagnósticos neuropsiquiátricos e drogas psicoativas, destituídos de sua subjetividade, da condição de sujeitos históricos e culturais.

Na Era dos Transtornos, vivenciamos a escalada violenta dos diagnósticos de Dislexia, TDAH, TOD e todas demais nomenclaturas lançadas cotidianamente pela American Psychiatric Association (APA), como novos produtos de mercado, sempre acompanhados por novas drogas recém-lançadas no mesmo mercado. Muitas vezes, a nova droga surge antes que o novo transtorno.

Recompensados com toda razão quando salvam vidas humanas e reduzem sofrimentos, os gigantes farmacêuticos não se contentam mais em vender medicamentos para aqueles que precisam. Pela pura e simples razão que, como bem sabe Wall Street, dá muito lucro dizer às pessoas saudáveis que estão doentes. (...) Sob a liderança de marqueteiros da indústria farmacêutica, médicos especialistas e gurus sentam-se em volta de uma mesa para “criar novas ideias sobre doenças e estados de saúde”. O objetivo é fazer com que os clientes das empresas disponham, no mundo inteiro, “de uma nova maneira de pensar nessas coisas”. (MOYNIHAN e CASSELS, 2007: 151)

Em um mundo em que pessoas são transformadas em corpos e mentes a docilizar e em potenciais bioconsumidores, é irrelevante que os anunciados efeitos terapêuticos sejam sinais de toxicidade, que indicam a suspensão imediata da droga (BREGGIN, 1999) ou a comprovação do aumento do risco de morte súbita inexplicada (GOULD et als., 2009) ou que, em todo o mundo, nas clínicas para tratamento de dependência química, 30 a 50% dos jovens em tratamento relatem que iniciaram o uso abusivo de substâncias psicoativas com Ritalina®, droga preferida porque, segundo eles, é barata, facilmente acessível e é receitada por médicos que dizem que é segura. (GENETIC SCIENCE LEARNING CENTER, 1969)

O Brasil é um dos países com maior consumo de drogas psicoativas. Maior consumidor mundial de clonazepam, um dos maiores consumidores de metilfenidato. Isso está muito longe de significar acesso à qualidade na atenção à saúde; ao contrário, revela a intensidade e extensão da medicalização da vida.

Os dispositivos patologizantes – realizados não somente pela medicina, mas por todas as áreas da saúde – cumprem uma tarefa fundamental para a manutenção de tudo que já está posto no mundo dos homens. Biologizar um problema é transformá-lo em algo “natural, inevitável”, isentando todas as instâncias nele envolvidas. A sociedade, com suas desigualdades, os governantes e suas opções, tudo é escamoteado pelo fato – talvez seja

melhor falar em azar – de que existiriam defeitos que incidiriam de maneira aleatória, sem determinação social. Um ideário perfeito para que tudo permaneça como está.

Júlia tem 10 anos e ainda não sabe ler; graças a um laudo de fonoaudiólogo que afirma sua dislexia, não pode ser reprovada. Com o tempo, os professores deixaram de avaliar Júlia, pois “não adianta mesmo”. Agregue-se a isso que não se sentem preparados para lidar com uma doença neurológica que impediria, ou dificultaria, o domínio da língua escrita e o resultado será que Júlia é um tanto estrangeira na sala de aula, geralmente na periferia dos processos de ensino.

Direitos não se inscrevem no mundo da natureza; são uma conquista histórica e política da humanidade, pela qual milhões morreram e continuam sendo mortos, e não tem espaço em território biologizado. A medicalização constitui elemento primordial na desconstrução de direitos.

Recentemente, uma amiga da mãe de Júlia a questionou se o fato de não poder ser reprovada não seria a negação do direito de aprender, provocando grande conflito na mãe, ao desenvolver sua lógica: se ela não pode ser reprovada, não precisa ser avaliada; se não precisa ser avaliada, não precisa aprender; se não precisa aprender, não precisa ser ensinada. E arrematou com o xeque-mate: por que o laudo não afirma que ela tem o direito de aprender, em seu tempo e de seu modo? Por que você luta para ela não ser reprovada em vez de lutar para que ela aprenda? E lhe entregou uma revista, dizendo leia essa “Carta a uma mãe”, veja o que essa pediatra diz:

A maioria das crianças diagnosticadas como disléxicas são absolutamente normais, que apenas aprendem de modos diferentes. Aliás, não aprendemos todos do mesmo modo. Dizer isso não significa abandoná-lo à própria sorte (ou azar); ao contrário. Defendo que TODA CRIANÇA TEM DIREITO DE APRENDER E É CAPAZ, devendo ser atendida em suas necessidades e especificidades. (MOYSÉS, 2011)

Legislar, Patologizar, Judicializar

Porém, a destruição de direitos realizada pela patologização da vida é ainda maior, atingindo não apenas as pessoas capturadas em sua teia, mas a todos nós. Afinal, não existe um direito que não seja de todos; se todos não têm um direito, ninguém o tem. Se João não pode aprender a andar de bicicleta porque não tem bicicleta (por falta de salário, ou excesso de dias no salário dos pais) e eu posso, eu tenho privilégios e João tem carências, conceitos estranhos ao campo dos direitos.

Na era dos transtornos, políticos apresentam uma profusão de leis normatizando temas estranhos ao mundo legislativo, legislando sobre procedimentos pedagógicos, diagnósticos e terapêuticos, estabelecendo o quê e como profissionais da saúde e da educação devem fazer.

Essa profusão dos mesmos Projetos de Lei em praticamente todas as casas legislativas do país – câmaras municipais, assembleias estaduais, congresso nacional –, apresentados por todos os partidos, com diferenças insignificantes entre eles, traduções quase literais de leis existentes nos Estados Unidos da América, é propalada como mais uma conquista de entidades que se afirmam de defesa dos direitos dos portadores de um ou outro transtorno mental. Como entender que parlamentares com posições políticas tão distintas apresentem o mesmo projeto de lei? Ou que o mesmo projeto seja apresentado por um vereador de uma pequena cidade nos Pampas e por outro de um município no sertão cearense? Quais as forças e interesses que movimentam esse jogo? Difícil crer que a motivação seja apenas a qualidade de vida das pessoas.

Um efeito pode ser facilmente identificado: os familiares acreditam que seus filhos estão sendo acolhidos, respeitados e defendidos e assim são capturados pelos discursos de tais entidades e dos políticos que jogam o jogo.

Ao determinar que os poucos recursos destinados à educação sejam usados para contratar profissionais estranhos à escola supostamente especializados em diagnosticar e tratar supostos transtornos de comportamento e aprendizagem no próprio ambiente escolar, transformado em espaço clínico, professores são transformados em triadores; ao obrigar a inclusão de determinadas drogas na lista de medicamentos do Sistema Único de Saúde, decisões técnicas embasadas em perfil epidemiológico e prioridades da população são jogadas no lixo. As políticas públicas de saúde e de educação são, assim, sumariamente atropeladas, expropriadas de sua competência técnica e política.

Nesse contexto, tornou-se praticamente uma “cláusula pétrea” o direito de não ser reprovado (que, como bem notou a amiga da mãe de Júlia é a negação do direito de aprender); surgindo nas séries iniciais do ensino fundamental, rapidamente se alastrou por todos os níveis de ensino, inclusive no ensino superior.

João tem 19 anos e estuda medicina em uma renomada universidade; seu desempenho acadêmico é mediano, como sempre foi, sem grandes dificuldades. Há um ano, três meses antes de se inscrever no vestibular, João foi levado pelos pais a um médico por algumas dificuldades no estudo. Saiu com o diagnóstico de TDAH e um laudo que lhe garantiu condições especiais de exame, como 25% de tempo a maior em todas as provas.

Pedro tem 19 anos e está fazendo novamente cursinho preparatório para vestibular em medicina. No ano passado, quase conseguiu a vaga em uma renomada universidade; se tivesse tido alguns minutos a mais na prova de química, certamente teria conseguido...

João e Pedro são mais frequentes a cada dia...

Medicalização: um álibi para a violência

A medicalização do comportamento e da aprendizagem tem outra faceta ainda mais perversa.

O afã de silenciar todo conflito, todo questionamento, toda diferença, de anular a possibilidade de futuros diferentes, aliado à ganância da indústria farmacêutica e ancorado na falta de ética e compromisso de muitas pessoas, não tem limites.

Nos últimos anos, a medicalização dos modos de levar a vida e de aprender vem afetando cada vez mais crianças e adolescentes que vivem situações de violência física e/ou psicológica, servindo como álibi para as agressões.

Esses jovens podem ser encontrados em espaços neuropsiquiátricos e assim se oculta o problema real. Em vez de detectar sinais e indícios clássicos de agressões, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, com espantosa facilidade e insensibilidade, assinam laudos com rótulos de transtornos neuropsiquiátricos e sedam com substâncias psicoativas.

De vítimas a portadores de TDAH e TOD; de acolhimento e proteção a Ritalina® e Risperdal® ...

No Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, um programa acolhe e atende crianças e adolescentes em situação de violência. A análise das histórias desses jovens revelou que todos eram atendidos em serviços médicos, com diagnósticos de transtornos neuropsiquiátricos. Dificuldades de aprendizagem, deficit de atenção, agressividade, hiperatividade e fracasso escolar englobavam 68,54% dos 213 “diagnósticos”. Dos 150 jovens, 127 com mais de 5 anos de idade recebiam drogas psicoativas prescritas por médicos; 63% recebiam associações de drogas, em doses crescentes há mais de um ano, sem melhoras; 18% haviam recebido psicotrópicos por mais da metade de sua vida. 1/3 eram atendidos no próprio Hospital de Clínicas, sem que se suspeitasse das agressões sofridas. Alguns apresentavam danos neurológicos irreversíveis. As marcas psíquicas eram indelévels e irremediáveis em todos. (PFEIFFER, 2011)

Profissionais incapazes de suspeitar que uma criança é vítima de brutais agressões físicas e/ou psicológicas, tranquilizados por diagnósticos/rótulos que violentam mais uma vez. Crianças silenciadas e sedadas que se convertem em alvo mais fácil das agressões.

Ainda mais perverso que não identificar, é saber e desconsiderar o sabido.

Crianças e adolescentes em situação de amparo judicial (retiradas judicialmente de

suas famílias pelas agressões), com comportamentos esperáveis por sua história de vida sofrem nova violência: a medicalização.

Retomemos agora a história de Miguel, o garoto a que nos referimos neste texto.

Miguel vive sob amparo judicial há 5 anos; o judiciário retirou o pátrio poder de seus pais por atos de violência física contra a criança. Aos 2 anos, foi com os pais visitar um irmão, que já vivia em abrigo judicial, pela violência dos pais; no próprio abrigo, Miguel levou uma surra violenta dos pais, sendo imediatamente protegido pelos responsáveis pelo abrigo e rápida e oficialmente institucionalizado. Durante 2 anos Miguel foi acompanhado por uma psiquiatra, por seus medos e sofrimentos, que reincidiam cada vez que um amigo saía da instituição; em algumas ocasiões, foi medicado com drogas psicoativas, porém sempre por períodos curtos e para que possa suportar sua vida, segundo as anotações da psiquiatra. Nunca recebeu nenhum diagnóstico psiquiátrico; ao contrário, no prontuário é possível enxergar uma relação de respeito, empatia e acolhimento, um saber/querer enxergar o outro; as anotações, em consultas semanais, falam de seu sofrimento pelas perdas constantes e do plano terapêutico para aliviar sua vida. Miguel também era atendido por uma psicanalista. Em 5 anos, não houve nenhuma tentativa de adoção; então, um casal se interessou, aconteceram sucessivos encontros, cada vez mais prolongados, até que por fim o juiz autorizou um fim de semana juntos. Aí, na casa, Miguel encontrou um garoto pouco mais velho que ele, filho do casal, cuja existência desconhecia (também a equipe do abrigo desconhecia). Após algumas tentativas de aproximação e estranhamentos, os dois garotos brigaram e a avó materna, o expulsou aos gritos de “tirem este negrinho daqui, ninguém vai adotar ninguém”. Miguel correu para a garagem e saltou repetidamente sobre os carros, amassando-os. Foi devolvido ao abrigo; o casal nunca mais apareceu. A partir daí, Miguel tornou-se agressivo, briguento, desobediente. Por exigência da escola, foi levado a outra psiquiatra (a anterior havia se mudado) que, mesmo informada, desconsiderou todo o acontecido e diagnosticou TDAH e TOD, prescrevendo Ritalina® e Risperdal®.

A história de Miguel foi apagada pela médica, em uma nova agressão. Tudo que sofreu, todas as violências, todas as violações de seus direitos, nada disso existia. Era simplesmente o portador de um cérebro com neurotransmissores geneticamente defeituosos.

E Gabriela? Qual sua história de vida?

Aos 11 anos Gabriela foi encaminhada a consulta médica pelo Juiz de Menores, após ter sido retirada da casa dos pais e colocada em um abrigo judicial. Os pais perderam o pátrio poder e sua guarda quando, a partir da denúncia de vizinhos, se comprovou que Gabriela era abusada sexualmente por seu pai todas as noites desde os 5 anos. Pouco depois, passou a se apresentar agressiva na escola; sem dúvida, os profissionais que a atenderam na época não pensaram que comportamento é apenas uma manifestação, expressão do que acontece com a pessoa, de como está sua vida, suas relações com os outros e consigo mesma. Em visão reducionista e simplificadora, pensaram que o comportamento é, em si mesmo, um problema, uma doença. Durante 5 anos Gabriela continuou sendo sexualmente violentada por seu pai, todas as noites, porém agora já não reagia mais. Devemos destacar que nesse período, segundo a família, a escola e o médico que a atendia, sua agressividade e desobediência melhoraram com a medicação...

Silenciar questionamentos, homogeneizar comportamentos, abortar o futuro, abolir sonhos, utopias e ilusões. Extirpar a vida por ser irregular e imprevisível. São essas as metas?

Os índices de drogadição, a dependência psíquica e química, as taxas de suicídio e morte súbita em adolescentes, nada parece capaz de afetar as indústrias farmacêuticas e os profissionais que se colocam a seu serviço; nada parece capaz de provocar que os profissionais se disponham a enxergar e ouvir o outro, buscando entender os conflitos que se manifestam em seus modos de ser e agir.

Classificar crianças e adolescentes por meio de observação que os reduz a casos, geralmente perdidos, intratáveis, é um olhar que lhes subtrai a condição de sujeitos e avaliza, cientificisticamente, o bloqueio que lhes é imposto de acesso ao futuro.

Nunca é demais lembrar que se, numa relação entre duas pessoas, como a relação médico paciente, uma delas transforma a outra em objeto, a relação não será mais sujeito-sujeito, nem mesmo sujeito-objeto, mas sim, objeto-objeto. Se meu olhar destitui o outro de sua condição de sujeito, no mesmo movimento a retira de mim. (MOYSÉS e COLLARES, 1997)

De volta a um futuro sem futuro

É a partir de insatisfações e questionamentos que se constituem possibilidades de mudança nas formas de ordenação social e de superação de preconceitos e desigualdades. A medicalização tem assim cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos e desconfortos; cumpre, inclusive, o papel ainda mais perverso de ocultar violências físicas e psicológicas, transformando essas pessoas em “portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem”.

Aprendizagem e comportamento; exatamente os campos de maior diversidade e complexidade, constituintes da, e constituídos pela, subjetividade e singularidade; campos em que a avaliação é mais complexa e mais questionada. Aprendizagem e comportamento; crianças e adolescentes. Esses os alvos preferenciais dos processos que buscam padronizar, normatizar, homogeneizar, controlar a vida. Processos que patologizam a vida.

E nesses processos de medicalização, controle e judicialização da vida um instrumento é fundamental: os laudos. Médicos, psicológicos, fonoaudiológicos, pedagógicos etc. Instrumento fundamental porque realiza a função de julgamento, condenação e sentença. Fundamental porque desvela o protagonismo dos profissionais, atuando de modo acrítico e quase em modo automático, em função de vários fatores, entre os quais devemos destacar a formação tecnicizada, regida pelo e para o mercado, em uma sociedade fundada em uma

vida cada vez mais produtivista e consumista.

Vivemos uma sociedade que vem se constituindo cada vez mais como formada não por cidadãos, mas por consumidores, preferencialmente bioconsumidores, homogeneizados (IRIART e IGLESIAS-RIOS, 2013).

Cabe por fim, nos perguntarmos sobre que futuro estamos construindo. Transformar em doenças mentais sonhos, utopias, devaneios, questionamentos, discordâncias; abortá-los com substâncias psicoativas pode resultar em impossibilidades de futuros diferentes. Podemos legar a nossos filhos e netos, como bem disse Victor Guerra , o genocídio do futuro.

A disponibilidade para se identificar com os Reginaldos, Gabrielas, Andrés, Marias, Miguéis pode recuperar a sensibilidade de enxergar o outro, a capacidade de indignação. Defender a vida resistindo aos processos de patologização pode significar um passo mais para a construção de um mundo em que o futuro mereça este nome.

Esse futuro somente existirá quando todas as pessoas sejam sujeitos de fato, e não sejam transformadas em objetos que podem ficar à margem dos destinos da humanidade, à margem de sua própria vida.

Referências

- BREGGIN, Peter R. Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. *International Journal of Risk e Safety in Medicine* 12: 3-35, 1999
- CANGUILHEM, Georges O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2ª ed. Brasileira. 1982
- COLLARES, CAL & MOYSÉS, MAA Preconceitos no cotidiano escolar: Ensino e medicalização. 2a edição. Edição eletrônica das autoras. 2015.
- FOUCAULT, Michel O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. 2ª ed. brasileira, 1980
- GENETIC SCIENCE LEARNING CENTER Ritalin and Cocaine: The Connection and the Controversy. *Learn Genetics*. 1969, December 31. Disponível em <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/issues/ritalin.html> Acesso em 03/04/2009
- GERALDI, João Wanderley A diferença identifica. A desigualdade deforma. Percursos Bakhtinianos de construção Ética através da Estética. Blog do Geraldi. 28 dez 2018.
- GOULD, M.S.; WALSH, B.T.; MUNFKL, J.L.; KLEINMAN, M.; DUAN, N.; OLFSON, M.; GREENHILL. L.; COOPER, T. Sudden Death and Use of Stimulant Medications in Youths. *Am J Psychiatry* 166: 992-1001, 2009
- IRIART, Celia e IGLESIAS-RIOS, Lisbeth 2013 La (re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia. In: Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos. Org. CAL Collares, MAA Moysés e MCF Ribeiro. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013 p 21-40
- MOYNIHAN, R. e CASSELS, A (2007) Vendedores de doença: estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros. In: Bioética como novo paradigma. Por um novo modelo bioético e biotecnológico. org. ML Pelizzoli. Petrópolis: Vozes. pp 151-156
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso A institucionalização invisível. Crianças que não aprendem na escola. Campinas: Mercado de Letras, 2002
- _____. Carta a uma mãe. Nov 2011. Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/f07548_b724807f8da141159ae5634378564844.pdf Acesso em 11/01/2019
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso e COLLARES, Cecília Azevedo Lima Medicalização: elemento de desconstrução dos Direitos Humanos. In: Direitos Humanos? O que temos a ver com isso? Org .Comissão Regional de Direitos Humanos do CRP-RJ. Petrópolis: Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro, pp 153-168. 2007
- _____. Inteligência Abstraída, Crianças Silenciadas: as Avaliações de Inteligência. *Psicol. USP*, São Paulo , v. 8, n. 1, p. 63-89, 1997
- PFEIFFER, Luci Método de Classificação em Níveis de Gravidade da Violência contra Crianças e Adolescentes. Tese de Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná. 2011
- RUIZ, Emilio Disbicicléticos *Revista Síndrome de Down* 22: 73-74, 2005
- WELCH, G.; SCHWARTZ, L.; WOLOSHIN, S. O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos. *Jornal do Cremesp*, p. 12, fev. 2008 (publicado em *The New York Times*, 02/01/2007; tradução de Daniel de Menezes Pereira)

2. DESIGUALDADES Y VIOLENCIAS EN LAS INFANCIAS CON SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y VULNERABILIDAD SOCIAL EN ARGENTINA

Alejandra Barcala

En este trabajo se aborda la complejidad de los problemas que enfrenta el campo de los derechos de la niñez, en especial el derecho a la salud de niños y niñas con sufrimiento psíquico intenso y en contextos de vulnerabilidad social que habitan en Argentina. Intenta aportar a la identificación y comprensión de las problemáticas del campo de la salud mental, visibilizando particularmente las distintas vulneraciones de derechos y formas de violencias institucionales actuales.

Luego de una breve introducción sobre las tensiones existentes entre los marcos normativos vigentes y las prácticas institucionales, y una contextualización de las problemáticas de los niños, niñas y adolescentes, se desarrollarán dos modos particulares de vulneración de derechos vinculados al campo de la salud mental que se observan en la Argentina: la patologización del sufrimiento de las infancias en situación de vulnerabilidad social, y la institucionalización psiquiátrica como respuesta frecuente y naturalizada. Ambos procesos profundizan la construcción de estigmas y las violencias sobre infancias, que son foco de estrategias y técnicas de normalización de sus cuerpos (corrección, tratamiento y psicologización) y de prácticas de segregación en sus diversas variantes.

Tensiones Y Paradojas Entre Marcos Normativos, Políticas Públicas Y Prácticas En Salud Mental En La Niñez

La doctrina internacional de derechos humanos de la niñez marca profundos cambios en la conceptualización de las formas de abordaje del campo. Instala normativas y estándares a cumplir por los países adheridos a ella, entre los cuales se cuenta la Argentina.

Paradójicamente, la realidad a la que asistimos en la actualidad muestra un panorama en el cual, lejos de cumplir los estándares mencionados anteriormente, se ha incrementado la cantidad de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos son vulnerados, en especial el derecho a la salud.

Los marcos jurídicos existentes, en especial la Convención Internacional de los

Derechos del Niño y la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos del Niño, Niña y Adolescentes N° 26061 transforman el modo de vinculación del Estado con el tema de la niñez, y su capacidad de regular las políticas y las prácticas sociales. De la misma manera, las formas de relacionamiento entre el Estado, el mercado y la sociedad civil cambian necesariamente a la luz de estas transformaciones. Sin embargo, se evidencian tensiones entre las legislaciones específicas y la gestión de políticas y prácticas institucionales implementadas.

En la Argentina, en el campo de la salud mental la ruptura del paradigma tutelar hacia un cambio de paradigma de enfoque de derechos ha sido plasmado en el año 2010 a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que establece la responsabilidad indelegable del Estado para garantizar el derecho a la atención en salud mental y constituye un instrumento de orientación para la planificación de políticas públicas. Un eje central lo constituye la sustitución definitiva de los manicomios para el año 2020.

Si bien la Ley de Salud Mental ha sido una importante conquista, en los últimos años, en el marco de un modelo neoliberal acompañado de la retracción de políticas de derechos humanos ha habido importantes retrocesos que determinan o profundizan desigualdades y la exclusión de infancias cuyos sufrimientos permanecen invisibilizados.

Esta situación nos interpela a los actores del campo de la salud mental a analizar cuáles son los obstáculos, avances y desafíos en la adecuación de las prácticas desde el enfoque de derechos humanos, así como también visibilizar e instalar en la agenda del Estado los principales modos de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psíquico y vulnerabilidad social para luego comprender y transformar esta realidad.

_ Desigualdad, Exclusión Y Sufrimiento

Las profundas transformaciones de la realidad socioeconómica de los últimos años han potenciado fragilidades subjetivas en grandes y crecientes franjas de la población, que han producido formas de sufrimiento psíquico que impregnan la vida cotidiana. La creciente vulnerabilidad social de las familias que conjuga la ausencia o precariedad del trabajo con la fragilidad de los soportes sociales como salud y educación, empujan hacia una creciente desafiliación de los hogares (CASTEL, 1986) en los cuales crecen niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza.

La crisis económica, política y social que se vive actualmente en el país, ha tenido un

impacto diferencial en los niños, niñas y adolescentes, quienes constituyen el grupo de más alta vulnerabilidad a los procesos de ajuste económico; se podría definir a esto como “una brutal infantilización de la pobreza”.

Cabe destacar que, según el Observatorio de la Deuda Social Argentina, el índice de pobreza aumentó considerablemente en los años 2017 y 2018 siendo un 42 % en la infancia. A su vez, la vulneración de derechos humanos y sociales que se expresan en las diversas privaciones que experimentan las infancias en múltiples dimensiones del desarrollo (alimentación, saneamiento, vivienda, salud, información y educación), en ese período alcanzaban a un el 48% de los niños, niñas y adolescentes, que se encontraba privado en el ejercicio de al menos un derecho (UCA, 2019).

Según datos del primer semestre de 2019, en el marco de un alarmante aumento de la población que se encuentra bajo la línea de pobreza, que llegó al 34,5%, la incidencia de la pobreza e indigencia en la niñez mostró un incremento mucho más significativo: el 52,6% de los niños y niñas de 0 a 14 años se encontraban por debajo de la línea de pobreza y el 13,1% debajo de la línea de indigencia (INDEC, 2019).

En estos últimos tres años, el retroceso de la participación del Estado en la responsabilidad de las políticas sociales consensuadas generó, no sólo que las condiciones de salud de los niños y niñas empeoraran, sino que el acceso a los servicios de salud se encuentre en un progresivo deterioro. En un contexto de cambio en el perfil epidemiológico y de nuevos modos de expresión de los sufrimientos contemporáneos, se profundizaron y aumentaron las barreras de accesibilidad de los niños y niñas con mayor vulnerabilidad social. Los servicios de salud se ven desbordados por el aumento de actuales y complejas demandas de atención de niñas y niños con problemáticas psicosociales, las clásicas respuestas institucionales resultan insuficientes para responder a estos nuevos problemas y no pueden adecuarse a los requerimientos de las necesidades existentes.

Las profundas transformaciones de la realidad socio económica junto con los cambios culturales y la fragilización de las instituciones, instituyeron importantes cambios en la producción de subjetividad. La mercantilización de las más diversas relaciones sociales moldeó un nuevo tipo de sociabilidad que tiende a modos de debilitación y destrucción de los lazos sociales, disgregándose así las formas tradicionales de convivencia. La penetración del individualismo, desregulado de todo encuadre colectivo en todos los ámbitos de la vida social, y el desamparo de las familias con respecto a las instituciones, impactó en la constitución de las subjetividades produciendo constituciones yoicas cada vez más fracturadas y fragmentadas, sin referentes simbólicos de identidad (LECHNER, 1997).

En esta misma línea, Silvia Bleichmar (2002) planteaba que, como consecuencia de la desaparición de las funciones del Estado que deberían garantizar las condiciones mínimas de subsistencia, se reactualizan sentimientos de desvalimiento propios de la infancia, dando lugar a lo más profundo de las angustias: una sensación de des/auxilio, de des/ayuda, de sentir que el Otro del cual dependen los cuidados básicos no responde al llamado, de modo que el sujeto queda sometido no sólo al terror, sino también a la desolación profunda que inspira el hecho de no ser oído ni ayudado. Desolación que actualmente sufren numerosos colectivos en nuestro país.

En este escenario comenzaron a ponerse de manifiesto en los niños y niñas nuevos modos de sufrimiento. Sometidos a reiterados traumatismos sociales, cuya violencia pone en riesgo sus defensas psíquicas e impacta sobre su psiquismo (en las constituciones yoicas) con una intensidad que los incapacita para responder adecuadamente, las manifestaciones de sus sufrimientos fueron interpretadas y nombradas por profesionales de servicios de salud en términos psicopatológicos, reduciendo problemáticas complejas a categorías diagnósticas de manuales de clasificación psiquiátrica estadounidenses (DSM-IV y 5). De este modo se generó un desencuentro entre los servicios de salud y los niños, niñas y adolescentes con intenso sufrimiento psíquico y sus familias.

Medicalización e institucionalización en la niñez: sus efectos en la subjetividad

En el contexto social e institucional en la Argentina, tomando como eje las prácticas institucionales de los servicios de salud, se observan dos procesos de vulneración de derechos vinculados al campo de la salud mental en las infancias en situación de vulnerabilidad social.

_ La patologización y medicalización de la niñez con sufrimiento psíquico y vulnerabilidad social

En los últimos años se vienen consolidando procesos de medicalización del sufrimiento de la niñez y lógicas asistencialistas y asilares, que en tanto estrategias de gobierno sobre las infancias más vulnerables, tienden al control y normalización social. Tanto el sufrimiento como las diferencias resultan patologizados, lo que produce como resultado diagnósticos psicopatológicos e intervenciones técnicas que reducen problemáticas complejas al terreno de lo individual (BARCALA, BIANCHI y POVERENE, 2017) en un contexto de destrucción de redes sociales e interinstitucionales e intersectoriales. Esto se da, en especial, en infancias que junto a su condición de pobreza o deprivaciones sociales y afectivas se encuentran privados de cuidados parentales e institucionalizados, de niños y niñas con discapacidades,

que son migrantes, están en situación de calle o que consumen drogas ilegales, así como niños y niñas que por motivos de identidad de género o identidad sexual sus derechos son vulnerados.

Esta patologización del sufrimiento psíquico, como se mencionó anteriormente, se sustenta en saberes legitimados por manuales de clasificación psiquiátrica estadounidense que intentan crear la idea de neutralidad en el saber. Así, la estructura de poder de la autoridad médica y discursos *psi* se instalan con violencia sobre los cuerpos. En muchas ocasiones son acompañados por la aplicación de diversos protocolos de evaluación donde se examinaban sus competencias y se adjudicaban diagnósticos, siempre en una lógica segregativa. Estos diagnósticos constituyen formas de violencias invisibilizadas que dejan marcas en los niños y niñas, quienes son estigmatizados desde miradas deficitarias.

Sobre esta base, en los servicios de salud estas infancias son objeto de diferentes prácticas tecnocráticas que diluyen la dimensión de la subjetividad, y de intervenciones o lógicas que patologizan tanto el malestar como las diferencias. En este sentido, dado que las formas de producción de subjetividad se inscriben en condiciones sociales y culturales específicas, son siempre situadas y se construyen en el encuentro con las instituciones en las que esa subjetividad se alberga; asimismo, los discursos de los actores institucionales del campo de la salud mental tienen una importante responsabilidad en la constitución subjetiva en la niñez.

Estudios realizados anteriormente en Argentina (BARCARLA, LUCIANI CONDE, 2015; BARCALA, 2018a) visibilizaron el modo en que se construyó y legitimó una narrativa hegemónica sobre estas infancias. En ella el valor performativo de los diagnósticos, a través de etiquetamientos y descriptores omniabarcativos que dejan por fuera las reales condiciones de existencia, han afianzado la construcción de un discurso sobre una *infancia otra*, diferente a la esperable por los servicios de salud. Esta alteridad, la de *los niños y niñas patologizados*, asume una condición que los ubica en una situación de inferioridad y subordinación. De este modo, el saber-poder médico-psiquiátrico-psicológico contribuye en su propio ejercicio a una diferenciación, en la que la diferencia es entendida en términos de oposición-denigración.

Al interpretar las manifestaciones de intensos sufrimientos producto de determinantes sociales en términos psicopatológicos, dan origen a un circuito institucional en el sector salud que incluye estigmatización, discriminación y exclusión de los espacios propios de la niñez, en especial la escuela y los servicios salud. De esta manera crean identidades desacreditadas, denigradas, que anulan las potencias de sus voces, sus agencias y sus resistencias, y que estos niños, niñas adolescentes terminan por asumir. Así, muchos

de ellos constituyen colectivos residuales, superfluos, excedentes, (BAUMAN, 2008) que terminan internados en instituciones psiquiátricas, aislados de la vida social.

Una de las formas actuales que adopta la medicalización se trata de la medicamentación, es decir, la medicación o el tratamiento farmacológico como respuesta de ese proceso medicalizador en el cual la industria farmacéutica constituye un actor principal, ligado a la prescripción del fármaco (IRIART, 2008). En las investigaciones realizadas se constató que en niños, niñas y adolescentes es la principal y generalmente única alternativa terapéutica frente a conductas disruptivas o trastornos que presentan quienes tienen manifestaciones de intenso sufrimiento psíquico (BARCALA, LUCIANI CONDE, 2015).

Se ha identificado que la industria farmacéutica viene implementando nuevas estrategias de marketing y difusión de los fármacos (líderes de opinión, mesas de ayuda, gacetillas, etc.). Estas estrategias, que se suman a las ya conocidas destinadas a la comunidad médica, se dirigen a actores no médicos, particularmente maestros y asociaciones de padres. De este modo, la industria farmacéutica y sus productos de mercado encuentran un modo de penetrar en la comunidad educativa y en las familias, las áreas principales donde se desarrolla la vida del niño. Se observa la construcción de un circuito en el cual la decisión de medicar está dada por la escuela que la propone, la familia que la solicita y el médico que la receta (FARAONE, BARCALA, TORRICELLI, 2009).

_ Institucionalización en la niñez

Como se mencionó en Argentina numerosos niños y niñas que sufren importantes deprivaciones sociales y afectivas, así como intensos padecimientos, tienen como destino la institucionalización.

Investigaciones en diversos países del mundo muestran que más del 80% de los niños y niñas institucionalizados se encuentran principalmente en esa situación debido a la pobreza o la falta de acceso a servicios basados en la comunidad. Los niños, niñas y adolescentes con discapacidades y los pertenecientes a comunidades de minorías étnicas están considerablemente sobrerrepresentados en estas instituciones. Más de 60 años de evidencia de investigación demuestran que la institucionalización en la niñez causa daños graves a la salud y desarrollo, los expone a un alto riesgo de violencia y reduce drásticamente sus oportunidades de vida futura (LUMOS, 2017).

En Latinoamérica se ha evidenciado que los niños y niñas que ingresan a centros

residenciales tienden a perder contacto con sus familiares, y que como consecuencia de ello viven periodos muy prolongados en instituciones de protección e incluso en instituciones hospitalarias. Esto, aun ante el conocimiento de los efectos negativos y el daño que ocasiona la institucionalización en la niñez, especialmente en aquellos niños y niñas con discapacidades psicosociales, ya que les niega oportunidades de desarrollarse normalmente y vivir integrados en su comunidad (WHO-GULBEKIAN, 2015).

Diversos estudios también han constatado el hecho de que en las instituciones la violencia es seis veces más frecuente que en los hogares de acogida, y los niños y niñas institucionalizados tienen una probabilidad casi cuatro veces mayor de sufrir abuso sexual que aquellos que tienen acceso a alternativas de protección basadas en la familia (SENAF-UNICEF, 2015).

En Argentina, en los últimos años, frente a la ausencia de abordajes territoriales integrales y políticas de protección de los Derechos, se advierte un alarmante incremento de la institucionalización de niños, niñas y adolescentes por razones de salud mental. Solo analizando la Ciudad de Buenos Aires, los datos exponen un importante aumento a partir del año 2011. Entre 2012 y 2014 se registraron 1.718 internaciones, mientras que solo en 2014 fueron 1.015 y desde el 1° de octubre de 2017 al 30 de septiembre de 2018, en 1230 internaciones; es decir, aproximadamente 102 niños, niñas y adolescentes por mes (MPD, 2015, 2018).

_ Violencias institucionales

Estas infancias, generalmente invisibilizadas, son objeto de prácticas que dan lugar a múltiples violencias y procesos de vulneración de derechos. En primer lugar, por su internación psiquiátrica involuntaria, dado que sufren importantes de privaciones afectivas y se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

En investigaciones que venimos realizando desde 2016 hemos encontrado violencias simbólicas, estructurales y directas sobre los cuerpos de niños, niñas y adolescentes, violencias que son difíciles de simbolizar y dejan importantes marcas en la constitución subjetiva y en la construcción de su identidad. Hemos constatado la implementación frecuente de medidas coercitivas tales como contenciones mecánicas, salas de aislamiento, uso de medicación desaconsejada para edades tempranas, y prácticas cotidianas de polifarmacia. Todas estas medidas forman parte de los tratos inhumanos, crueles y degradantes que sufren estos niños y niñas. También se han encontrado niños y niñas sin documentos de identidad (lo que vulnera su derecho a la identidad), y se han evidenciado intervenciones

que restringen los vínculos y el contacto con sus familiares y la escolarización, a pesar de que los niños y las niñas solicitaban relacionarse con sus referentes afectivos, ir a la escuela o participar en actividades comunitarias y de inclusión social (BARCALA, 2018b).

Estas prácticas, que reflejan abordajes tecnocráticos, objetalizantes y adultocéntricos, desconocen la dimensión subjetiva y naturalizan la situación de encierro y la ausencia de políticas públicas integrales que permitan su integración comunitaria. En esta línea, observamos que en la institucionalización de muchos niños, niñas y adolescentes que se encuentran privados de cuidados parentales o en situación de calle se prolongan innecesariamente los tiempos de permanencia institucional, y aun teniendo el alta médica no son externados por motivos sociales, dada la ausencia de acciones de fortalecimiento familiar e inclusión comunitaria que permitan su egreso.

A estas violencias se agregan las agresiones físicas, los abusos sexuales, el maltrato emocional por parte de profesionales y por los pares promovidas en el marco de institucionales totales (GOFFMAN, 1998) que reproducen violencias sistémicas, así como otras modalidades de violencia subjetivas tales como la discriminación de género, los cambios de sala por motivos de identidad sexual, la obligación de compartir espacios y actividades comunes con personas de otras franjas etarias (que en el caso de efectores privados se extiende a adultos en general) (LUCIANI CONDE, BARCALA, 2018).

Estas prácticas aumentan la potencialidad traumática que las respuestas institucionales ejercen en niñas, niños y jóvenes con padecimiento psíquico y silencian sus voces, expropián sus esperanzas y provocan una pérdida en la creencia en sus propias potencias y capacidades.

En este contexto, niños, niñas y jóvenes institucionalizados manifiestan la imposibilidad de confiar su sufrimiento en los adultos cercanos, de soñar un futuro posible y de jugar durante el periodo de la institucionalización.

_ Retos para la efectivización de derechos

Analizar la salud mental en las infancias y adolescencias desde una perspectiva de derechos humanos conlleva a dar cuenta de múltiples procesos vinculados con las desigualdades sociales, exclusiones, estigmas y violencias.

Por todo esto, si bien uno de los motivos centrales de la creciente medicalización e institucionalización psiquiátrica en la niñez ha sido la ausencia de las políticas de protección y promoción de los derechos integrales de niños, niñas y adolescentes en situación de

vulnerabilidad social, es un desafío imperioso repensar las prácticas e inventar consolidar propuestas colectivas creativas en los diferentes territorios que resistan a las políticas de segregación y criminalización de ciertas infancias y adolescencias, colaboren a superar los estigmas y se propongan revertir el destino de una niñez cuyo futuro está hipotecado desde la temprana infancia.

Asimismo, constituye un compromiso ético-político de los actores del campo de la salud mental propiciar e incluir las diversas y singulares voces de los niños, niñas y adolescentes, de modo tal de comprender sus historias, sus trayectorias, sus deseos y pensamientos, para que así se rompa con las miradas adultocéntricas y con la representación tanto de peligrosidad como con la victimización en función de las situaciones vividas, y les brinde protagonismo desde una perspectiva respetuosa de la diversidad cultural, de género y de las identidades propias de cada contexto. En este sentido, co-construir y reinventar dispositivos institucionales y territoriales y generar marcos simbólicos que les permitan expresar sus voces para enunciar respecto a los hechos que padecen, simbolizar sus sufrimientos creando así oportunidades para la construcción de un proyecto que articule sueños y un futuro. Por ello, es necesario visibilizar y desmontar las actuales estrategias biopolíticas, y demostrar que las propuestas innovadoras que otorgan capacidad de agencia a niños, niñas y adolescentes no son una utopía sino posibles y que no deben quedar por fuera de los marcos de reflexión de los proyectos sociales y de una transformación cultural más amplia que garantice el derecho a una vida digna.

Referências

- BARCALA, A; BIANCHI, E. Y POVERNE L. (2017). "Medicalización de la infancia: sus efectos en la salud mental", en Revista Derecho de Familia, N° 85, noviembre, pp. 99-113. Buenos Aires: La Ley.
- BARCALA, A, LUCIANI CONDE L. (2015). Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas. Buenos Aires: Teseo; 2015.
- BARCALA A. (2018a). "Discursos en salud mental: construcción de subjetividades en la niñez en la ciudad de Buenos Aires. En Interface (Botucatu). 2019; 23: e180464 <https://doi.org/10.1590/Interface.180464>
- _____. (2018b). Niñez e institucionalización psiquiátrica: violencias en contextos de encierro. Salud mental, políticas públicas y derechos humanos. En Vommaro,P.; Barcala, A.; Rangel,L. (Comp.) Derechos y políticas en infancias y juventudes: diversidades, prácticas y perspectivas. Buenos Aires: Editorial CLACSO; Disponible en <file:///C:/Users/Dell/Documents/Publicaciones%20y%20presentaciones/Publicaciones%202018/2018%20Libro%20CLACSO%20Derechos%20y%20politicas.pdf>

- BAUMAN, Z. (2008) Vidas desperdiciadas. Barcelona: Paidós; 2008.
- BLEICHMAR, S. (2002). Dolor país. Buenos Aires: Libros del zorzal.
- CASTEL, R. (1986). Las metamorfosis de la cuestión social. Buenos Aires: Paidós.
- DSM IV. (1992). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- DSM 5. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- FARAONE, S.; BARCALA, A; TORRICELLI, F; BIENCHI, E; TAMBURRINO, C. (2009). "Discursos médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización de la infancia en la Argentina", en Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 14, nº34.
- GOFFMAN, E. (1998). Internados. Buenos Aires: Amorrortu.
- INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censo (2019). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos Primer semestre de 2019. Informes Técnicos / vol. 3 nº 182
- IRIART, C. (2014). Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriat__celia__2014___medicalizacion___biomedicalizacion_y_proceso_salud___enfermedad_atencion___2016_.pdf [octubre de 2019].
- LECHNER N. (1997). "Tres formas de Coordinación social. Un esquema", en Revista de la CEPAL, 61, pp. 81-87.
- LUCIANI CONDE, L. Y BARCALA, A. (2018). "El uso de medidas restrictivas en la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes: implicancias desde la perspectiva de derechos y sanitaria", en revista Igualdad, Autonomía Personal y Derechos Sociales, 7. Asociación de Derecho Administrativo de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1tSR91tck4nuRGV2VBQIKJS0bRHMyZ6NV/view> [octubre de 2019].
- LUMOS (2017). Ending the institutionalisation of children: A summary of progress in changing systems of care and protection for children in Moldova, the Czech Republic and Bulgaria. Recuperado de: https://lumos.contentfiles.net/media/documents/document/2017/03/Ending_Institutionalisation_of_Children.pdf [octubre de 2019].
- MPD (2015). Acceso a la justicia de niños, niñas y adolescentes internados por salud mental o adicciones. Testimonio 2012-2014. Pablo Olmo (coord.). Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación. Recuperado de <http://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20Salud%20Mental%20web.pdf>.
- _____. (2018). Informe Anual 2018, Unidad de Letrados Art. 22. Ley 26.657 (Personas Menores de Edad. Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación. Recuperado de: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/Informe%20Anual%202018%20web-comprimido.pdf>
- UCA (2019). Infancia(s). Progresos y retrocesos en clave de desigualdad. Documento estadístico. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina.
- SENAF-UNICEF (2015). Situación de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina. Relevamiento nacional. Actualización 2014. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- WHO-GULBEKIAN (2015). Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities. Geneva: World Health Organization- Gulbenkian Global Mental Health Platform. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/publications/promoting_rights_and_community_living/en/ [octubre de 2019].

3. ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS METODOLÓGICOS RELEVANTES DOS IRDI

Domingos Paulo Infante

A iniciativa da pesquisa, que hoje está concretizada nos indicadores, partiu de uma preocupação do Ministério da Saúde representado, na ocasião, pela experiente pediatra Josenilda Brant e a colega Maria Eugênia Pesaro. Frente as conquistas na área da saúde da criança no que dizia respeito aos índices de morbidade e mortalidade infantil, abriu-se a possibilidade de uma maior atenção, até ali negligenciada, na área do desenvolvimento infantil, articulando neste o crescimento, o desenvolvimento e a formação da subjetividade da criança. Desde então, a partir de uma convocação do Ministério da Saúde, a formação do Grupo Nacional de Pesquisa (GNP) e, conseqüentemente, a pesquisa desenvolvida em âmbito nacional dos então chamados IRDI (indicadores de risco do desenvolvimento infantil). Este dado mantém toda pertinência e atualidade ainda hoje, e, sem dúvida, seria inusitado e bizantino uma discordância em relação a esses objetivos. E vale lembrar o pioneirismo dessa iniciativa, tendo em vista seu referencial psicanalítico.

O profissional alvo a ser instrumentado no início da pesquisa foi o pediatra, tendo em vista sua posição estratégica no acesso à primeira infância.

Desde o início da investigação estava presente, me parece que de forma unânime nos membros do GNP, os riscos e os inevitáveis mal-entendidos que poderia comportar tal pesquisa. Preocupava-nos o risco de inventar instrumentos que de alguma forma estivessem a serviço da medicalização da primeira infância até aqui mais ou menos preservada. Preocupava-nos os instrumentos serem aplicados por pediatras, na medida que estes profissionais, em sua formação, veem negligenciada a dimensão transferencial da sua atuação automatizando todo instrumento numa visão positivista do tipo “tudo ou nada” que remete a condutas estereotipadas.

A medicina, como qualquer campo de saber, sofre as consequências de estar mergulhada e implicada em dispositivos de saber/poder que condicionam a sua prática e uma dessas consequências, de efeitos muitas vezes desastrosos, é a exclusão da subjetividade. A relação médico-paciente que se suporia uma relação intersubjetiva se reduz dogmaticamente numa relação do saber médico com a doença positivada.

Os IRDI, portanto, em sua origem, estavam, e espero que se mantenham, implicados numa visão crítico-construtiva em relação à formação médica. Não por acaso o gesto pioneiro de demandar a investigação veio de uma pediatra cuja experiência reconhecia a necessidade de se atentar para a criança-sujeito e suas vicissitudes. E, não por acaso, o GNP convocado foi de psicanalistas. Os IRDI, ao contrário do tomar a criança como um objeto de pesquisa científica, desde seus primórdios, foram formulados a partir de efeitos de subjetividade advindos da criança e de seu outro. Criança-Sujeito-Outro, numa relação de implicação inevitável que, numa leitura obscurantista, muito ao sabor da terceirização da existência contemporânea, é interpretada e recusada como uma culpabilização dos pais ou responsáveis. Entre implicação e culpabilização há toda uma diferença entre um 'responsabilizar-se por uma inevitável dívida simbólica que nos constitui como sujeito' (implicação) e um 'álibi demissionário fundado no desmentido', que constituem essas críticas à incontornável implicação dos pais.

Frente a essa questão, a atenção dada pelo GNP à formação pediátrica foi uma constante que se traduziu numa ação de treinamento desses profissionais, num debate teórico e num treinamento de uma ação a ser inserida na prática pediátrica.

Um dado relevante consiste no fato de que os indicadores nada têm de marcadores biológicos com intuito de remeter a patologias pré-definidas. Os indicadores foram formulados a partir da investigação de dados fenomenológicos que estivessem associados, não biunivocamente, às operações de estruturação psíquica da criança. Esses fenômenos seriam a indicação da convergência de processos de desenvolvimento que teriam como consequência, entre outras coisas, a manifestação desses fenômenos. O advento da subjetividade no bebê não se dá sem operações que devem ocorrer na sua relação com outro cuidador, além de condições orgânicas gerais mínimas que, ausentes ou disfuncionais, podem ser de ordem impeditiva do processo, como erros metabólicos, por exemplo.

Quanto às operações na relação com o outro, é de fundamental importância o fato da prematuração do vivente bebê que depende, não só para sua sobrevivência, mas também para que seu processo de subjetivação se efetue, de certa posição de desejo desse outro, não só em relação à satisfação de suas necessidades biológicas, mas sobretudo numa implicação subjetiva com esse vivente à espera desse outro. O chamado "hospitalismo" é uma demonstração de que o cuidado, anonimamente praticado não é suficiente para o processo. Pois bem, foi a partir desses operadores que os indicadores foram extraídos, levando-se em conta que estes devem estar presentes na ação do outro cuidador e devem provocar respostas e efeitos de subjetividade no bebê. Ora, quando falamos de uma posição de desejo desse outro do bebê, falamos de um ser de linguagem. Não caberia aqui

desenvolver esses operadores, mas é importante marcar que a subjetivação e a maturação dos processos nela implicados não se observam senão ali, onde o significante, não só está presente, mas é suportado pelo fantasma do Outro, nesse momento, encarnado no outro cuidador. Esse processo envolve o enlaçamento dos três registros, RSI (real, simbólico e imaginário). Chamamos o primeiro momento dessa aventura de “incorporação”, incorporação justamente do simbólico no real do organismo do bebê, gerando nele o imaginário do gozo do outro. É a partir daí que se instala o funcionamento pulsional no bebê, condição *sine qua non* para o advento de qualquer sujeito.

Ora, em que esse processo, aqui colocado muito parcialmente, dada sua complexidade, tem a ver com processos educativos? Em nada. Pelo contrário, é de extrema importância que esses processos não sejam confundidos, com o risco de serem impeditivos tanto para uma clínica quanto para uma educação consequente. A imiscuição ou sobreposição desses processos podem gerar, e geram, contrassensos com efeitos graves para a clínica de crianças com problemas de desenvolvimento, sobretudo crianças em posição psicótica ou autista, sem contar os fenômenos psicossomáticos da primeira infância. Vejamos a seguinte afirmação:

Do ponto de vista da psicanálise, a educação é muito mais do que adestramento e transmissão de informações. A educação é o processo pelo qual um sujeito se constitui. Assim, educar é fundar um sujeito. Mas nas psicopatologias da primeira infância, um sujeito não poderá advir ou encontrará obstáculos para o seu advento. Se nas psicopatologias da primeira infância está comprometida a emergência de um sujeito, se educar é o processo pelo qual este se constitui, então a educação e o tratamento convergem: tratar é educar; educar é tratar. (KUPFER e BERNARDINO, 2018)

Essa afirmação produzida por autoras que participaram da pesquisa sobre os IRDI demonstra a que nível de equívocos a iniciativa da pesquisa pode chegar. A afirmação, em si, não estava nos pressupostos da pesquisa, portanto é da responsabilidade das autoras.

Se podemos esperar que uma educação não se limite a informações e adestramento, e aqui deveríamos perguntar às autoras onde se defende tal tipo de educação, afirmar que à educação cabe fundar um sujeito é uma afirmação exorbitante que desconhece simultaneamente o que é sujeito, o que é educação e sobretudo qual é a especificidade do tratamento analítico. Daí uma afirmação de um silogismo que não se sustenta e constitui uma contradição em termos. E um equívoco, via de regra, puxa outro, se considero que a educação funda sujeito e se a psicopatologia tem a ver com sujeito não fundado então educar é tratar, ou seja, o educador se transforma num versado em psicopatologia. A situação, supostamente patológica, perde sua singularidade e fica elidida pelo processo educativo. A clínica aqui pode ser esclarecedora.

Tive oportunidade, como psicanalista, de receber em minha clínica um garoto de 4 anos encaminhado por uma creche com um comportamento um tanto exibicionista. Na situação de recreio, o fulaninho manipulava seus genitais em frente aos coleguinhas, sem nenhuma censura. Esse garoto não apresentava nada que se pudesse comparar com um disfuncionamento psíquico importante, embora, seu comportamento, sem dúvida, revelasse uma particular subjetivação de sua sexualidade. Fico interessado em saber o que motivou seu encaminhamento e fico sabendo que a indicação partiu de uma educadora. Esta profissional, frente ao comportamento do garoto, eivada de “conhecimentos” psicanalíticos, achou conveniente encaminhar o garoto sem nenhuma intervenção educativa, pois, se sentiu inibida por um risco de interferir de forma traumática na sexualidade do garoto. Dizer para esse garoto que certas atividades não se fazem em público, que há convenções que obrigam a qualquer um pertencente a uma comunidade civilizada a obedecer, é uma função educadora que essa profissional se eximiu de exercer em nome de uma psicanálise banalizada e mal assimilada. O educador, mesmo aqueles advertidos por um conhecimento da psicanálise, não devem abdicar de suas funções julgando que devem ter ações preventivas em nome da psicanálise, mesmo porque essa prevenção não existe. A intervenção educativa dessa profissional, no sentido de uma transmissão que se espera de um educador, dos valores culturais de uma comunidade, independente de seus resultados, seria pertinente até para se conhecer a posição desse garoto frente a lei. Ou seja, nada mais contraditório em seus termos do que essa imiscuição entre psicanálise e educação.

Ao educador cabe a transmissão de valores, regras, leis que pertencem sim ao registro do simbólico, mas essa transmissão nada tem de comum com o que ocorre num tratamento psicanalítico rigorosamente mantido na sustentação da transferência do paciente, única garantia que esse tratamento não caminhará, como ocorre na educação, através da sugestão. Na transferência é que o paciente pode se confrontar com sua posição e fazer outras escolhas a partir do atravessamento de seus fantasmas, da resolução e identificações de seus sintomas, e nada disso, absolutamente, cabe ao educador, e este, como tal, não está, e nem deve estar, preparado para isso. Daí o que torna as afirmações das autoras mencionadas um desconhecimento grave das singularidades em jogo. Na medida em que, do lado educativo, deve-se reconhecer que uma pedagogia deve se esmerar para não reduzir o ensinado à mera repetição dos enunciados do educador; isso em nada tem a ver com o fato de se confrontar com os efeitos da fala do sujeito que é próprio do tratamento analítico.

Poder-se-ia dizer que essa sobreposição entre educativo e terapêutico se justificaria na primeira infância, já que nessa fase o registro do simbólico teria proeminência sobre os demais registros. Nada mais falacioso, Lacan insistiu na relação dos registros e como

nenhum deles se sustenta sem o enlaçamento aos demais. A maneira como Lacan trabalhou para mostrar essa simultaneidade SRI foi o uso do Nó Borromeano, onde o desenlace de um só dos registros implica o desenlace dos demais.

A criança, já na experiência dos cuidados mais elementares, está sujeita a se confrontar ao desejo do outro e sua posição no fantasma desse outro, isso implica os três registros. Novamente, a clínica pode ser esclarecedora da importância em se diferenciar qualquer transmissão educativa da transmissão ocorrida na transferência do tratamento analítico. São conhecidas situações clínicas de crianças que se apresentam com uma fenomenologia com traços autistas e que em pouco tempo apresentam, na transferência, um desabrochar de efeitos de subjetividade. Rosine Lefort (2003) cunhou um nome para essas situações, chamou-os de “sujeitos à espera”. À espera de que? Justamente de um outro que permita, por sua posição de desejo, as operações necessárias à subjetivação. Esse outro não se pode dizer que seja o educativo, com o risco de uma insistência no registro do simbólico que pode ter como resultado o embotamento e robotização do sujeito que, nessas condições, se aliena, mas não se separa do outro. A subjetivação supõe, para se efetuar, o processo tão bem elaborado por Lacan de alienação e separação; a insistência no registro do simbólico cerca o sujeito, aliena-o e enquadra-o, mas não permite que ele se posicione no sintoma, condição necessária para que ele participe do processo.

Recebi várias crianças em minha clínica que passaram por tratamentos comportamentais ou mesmo por tratamentos ditos psicanalíticos com esse equívoco dos registros que, se por um lado ficaram mais dóceis no que diz respeito a uma resposta disciplinar, em termos subjetivos, tiveram seu inconsciente forcluído, e que acabam por ter comportamento robotizado e reduzido ao que elas supõem que o outro deseja delas. Esse fato, por si só, demonstra o quanto essa confusão entre educativo e terapêutico pode ser nefasta para um sujeito à espera. A psicanálise, com seu instrumento, que é a transferência, (e não há outro), permite que o sujeito parta de sua posição frente ao Outro, se confronte com sua alienação ao desejo desse Outro, encontrando a possibilidade de separação para não se reduzir a ser o que este diz dele. Ou seja, faça sintoma. Quanto à educação, o que se pode dizer do ponto de vista psicanalítico é aquilo que Lacan dizia do operador Nome do Pai: “il faut s`en servir pour s`en passer”, ou seja, se servir dele para poder dele se emancipar. Em outras palavras, para o ser falante a educação é um mal necessário. O que não a desmerece de nenhuma forma, pelo contrário, adverte-a de que ela pode ser tudo menos dogmática e totalitária para que o sujeito possa construir sua singularidade.

Os marcadores biológicos, sobretudo na área da saúde mental, estão, o mais das vezes, ligados a ação de dispositivos associados aos interesses industriais, de uma visão

exclusivamente neurobiológica do mal-estar psíquico e se prevalecem de uma tendência contemporânea de não implicação no seu próprio mal-estar por parte dos chamados “usuários” (voltarei a esse aspecto ao comentar a questão da aplicação compulsória por força de lei dos IRDI).

É preciso enfatizar que os IRDI, na sua origem, fazem obstáculo a qualquer visão desse tipo. Os indicadores são indissociáveis de uma análise do sentido de sua ausência ou presença em cada caso, o que garante o respeito à descontinuidade entre o singular e o coletivo, portanto o inverso de uma massificação.

A questão da lei 13438

A crítica à promulgação de uma lei de avaliação das crianças até o 18º mês me parece pertinente se levarmos em conta que, uma lei, inevitavelmente, vai cair no campo de um dispositivo que merece atenção frente ao poder que este tem de agenciar interesses das mais variadas ordens.

Gostaria de insistir nessa noção de dispositivo, sem nenhuma intenção de exaustividade do mesmo, nem de dogmatismo de nenhuma ordem.

A questão da saúde mental, atualmente, pode ser aproximada pelo que Foucault (1976) propõe com o termo de dispositivo. Este é um conjunto multilinear de instâncias heterogêneas. As três grandes instâncias que Foucault distingue na composição de um dispositivo são: o Saber, o Poder e a Subjetividade.

Partindo dessa proposta, podemos discernir algumas instâncias que compõem o campo da saúde mental no contemporâneo. Como disse, não há uma intenção de exaustividade do assunto, mas podemos discernir, entre outros possíveis, pelo menos cinco elementos atuando sincronicamente e de alcance globalizado:

1. Um discurso sobre a saúde mental com referencial estritamente neurobiológico ou genético, fundado nos mediadores químicos e nas neurociências (não cabe aqui uma crítica a esses saberes, que tem em si sua pertinência, mas sim ao reducionismo dogmático a partir deles). Correlativo a esse discurso, a formulação de sistemas nosológicos experimentais fundados numa psicopatologia puramente descritiva onde a participação da causalidade psíquica propriamente dita é nula. O DSM é o paradigma desse discurso. As síndromes descritas são produtos de uma constatação de que o método anatomoclínico não funciona no campo do psiquismo. Uma doença exige três referências para se sustentar: sintoma, localização anatomoclínica e agente etiológico. No campo psiquiátrico nunca se identificou nada desse tipo que pudesse caracterizar uma doença. O DSM, em sua origem tinha a função de preencher essa lacuna optando pelo referencial meramente

descritivo e normativo. É, porém, por um processo de reificação que suas síndromes são tomadas como entidades nosológicas e o consequente arsenal bioquímico que faz o domingo ensolarado dos interesses industriais.

2. Os evidentes interesses de uma indústria farmacêutica que fomenta cada vez mais uma psiquiatria empirista que assegura o lançamento e relançamento de drogas paliativas que seguem o ritmo de um mercado consumista.
3. Por sua vez a psiquiatria neurobiológica garante a produção de síndromes sempre novas que arregimentarão o exército de consumidores dessa produção: autismo, síndrome do pânico, bipolaridades, hiperatividade, déficit de atenção fazem parte dessa psicopatologia “prêt-à-porter” onde todos se encontram num processo muito semelhante às identificações astrológicas.
4. A produção de modos de subjetividade que funcionam nos moldes de um imperativo de gozo ligado ao consumo. À falta estrutural do desejo se substitui o engodo de um vazio possível de ser preenchido pelas bugigangas mercadológicas. A interrogação do sujeito a partir de seu sintoma se torna cada vez mais substituída pela invenção constante de paliativos que desviam a implicação do sujeito no seu mal-estar para as soluções imediatistas, mais de acordo com seu imperativo de gozo.
5. A produção de um discurso enaltecendo um individualismo que nada tem do cultivo da interioridade do individualismo romântico. Trata-se do individualismo do designer, como o chamou Sloterdijk (1999). Individualismo da superficialidade e do espetáculo, onde cada um se sente no direito de reivindicar sua própria aparência, cada um se sente no direito de escolher tal nariz, tais nádegas, tais limitações nas oscilações do humor, etc.

É evidente que os dispositivos são atravessados por forças de resistência a ele. As preocupações que nortearam a investigação dos IRDI e sua disseminação podem ser vistas nesse sentido.

A psicanálise, diferentemente da psicologia e da psiquiatria e, porque não dizer, de uma certa psicanálise que se rende, pelos seus interesses corporativos ao dispositivo, tem condições de fazer obstáculo ao dispositivo, na medida em que tem uma postulação do sujeito em sua singularidade e na medida em que a análise busca, em seu desenlace, a identificação ao sintoma que Lacan propôs em uma nova grafia *sinthoma* (*sinthome*) para diferenciar do sintoma que é seu aspecto patológico. Portanto, nenhum referencial deficitário ou normativo que caracterizam as posições psicológicas, psiquiátrica ou educativa.

O dispositivo, por sua vez, se prevalece de um fato relevante que é o efeito performativo do diagnóstico. Um diagnóstico não é meramente a descrição de um estado existente remetendo a uma patologia preestabelecida. Um diagnóstico, na sua face performativa, cria a doença. Daí a preocupação que os IRDI, se forem aplicados sem essa advertência, sobretudo no sentido que eles podem ter em cada caso singular, gera um risco de estigmatização que podem introduzir a criança num circuito de medicalização sem volta.

O significante Autismo hoje remete, não sem a convivência de uma certa psicanálise, à autorização a todo tipo de inferência e de intervenções a partir de uma fenomenologia que está longe de estar esclarecida. Hoje, o dito autismo, entrou no circuito midiático, e sua ação performática vem gerando uma inflação diagnóstica que autoriza a medicalização precoce sem critério clínico que o justifique, isso para o deleite dos interesses farmacêuticos. A psicanálise, não se liberando de seus preconceitos psicológicos e psiquiátricos, acaba por fomentar esse processo quando sua ética exigiria que ela fizesse obstáculo a ele. Assim o dito autista perde, muitas vezes por interesses corporativistas, a chance que teria de uma escuta transferencial onde ele daria as razões de sua escolha. Posso dar testemunho em minha clínica do trabalho de desconstrução que exigem esses diagnósticos “prêt-à-porter” para que essas crianças possam finalmente encontrar uma escuta de seu gozo e de seu sofrimento. Em outras palavras, o significante autismo é parte integrante do dispositivo relatado.

Há alguma dúvida que o aspecto compulsório da lei é um “prato cheio” para os lobbies congressuais ligados aos interesses da indústria farmacêutica, na medida em que o referencial dessas avaliações pode ser dirigido para parâmetros biológicos e neuro biológicos do psiquismo com a consequente escolha do tratamento biológico e sua consequente medicalização?

A medicina, por sua vez, frente ao poder da tecnociência sofre um processo inaudito de retrocesso no que diz respeito às questões de relação médico-paciente, tanto na sua prática imediata como na importância dada a essa dimensão na formação de seus quadros. Nessa perspectiva os IRDI, se não forem introduzidos concomitantes a uma discussão da formação médica correm o risco de se tornarem esvaziados de seu sentido e automatizados, como aliás já o foram os organizadores de Spitz, precursor de certa forma da iniciativa dos IRDI.

Assim considero que os IRDI e, porque não dizer, seu necessário aperfeiçoamento ao longo da experiência, liberando-se do preconceito educativo mencionado acima, não deveria buscar nenhum dispositivo compulsório legal em relação à sua aplicação, mas sim buscar um diálogo com a formação médica e outros profissionais da saúde no sentido do resgate da subjetividade excluída

A psicanálise interpela o sujeito; para além de todas predeterminações, sejam de ordem da história do sujeito ou de sua biologia, ela escolhe a causalidade subjetiva, a insondável decisão do sujeito. Os IRDI não existiriam se não partissem da premissa de que o sujeito, se não lhe fizerem obstáculo, não deixará de se manifestar. É preciso que a psicanálise ouse dizer seu nome e deixe claro que essa visão inédita da causa é seu diferencial sem o

qual ela se descaracteriza cedendo a interesses corporativistas, sejam estes praticados em nome da ciência, das escolas, da universidade, da psicologia, da filosofia, da psiquiatria, do direito, e outros. Exemplo demonstrativo dessa questão é como os psicanalistas cedem, envergonhados e corados, frente ao conceito precário e relativo de eficácia.

Muito alarde se faz em relação às relações do analista com a “polis”, como se o analista estivesse encastelado em seu gabinete numa prática indiferente aos problemas de cunho coletivo. Nada a objetar quanto à participação do analista nos processos civilizatórios, mesmo porque a contribuição da psicanálise nessa dimensão é crucial, basta considerar a importância de textos como o *Mal Estar na Civilização* (FREUD, 1933), e tantos outros artigos produzidos pelo fundador da psicanálise. Por outro lado, é preciso que essa participação não esteja a serviço da resistência à psicanálise como essa ridícula confusão entre educação e tratamento aqui relatada.

Como cidadão, o analista deve considerar que sua prática é no sentido de se inserir entre dois polos do impossível: a autonomia do sujeito e a heteronomia do coletivo. Entre esses polos não há nenhuma medida comum que possa fazer deles uma relação.

Referências

- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I- A vontade de saber*. São Paulo: Paz e Terra, 1976.
- FREUD, S. *O Mal estar na civilização e outros textos*. Companhia das Letras, [1933] 2010.
- KUPFER, M.C.M.; BERNARDINO, L.M.F. IRDI: Um instrumento que leva a psicanálise à polis. *Estilos clínica*, São Paulo, v.23, n. 1, jan/abr. 2018, 62-82. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282018000100005&lng=pt&nrm=iso>
- LEFORT, R.; LEFORT, R. *La distinction de l'autisme*. Paris: Éditions du Seuil, 2003.
- SLOTERDIJK, P. *Essai d'intoxication volontaire- Conversation avec Carlos de Oliveira*. Paris: Calmann- Levy, 1999.

4. AS ARMADILHAS DA PREVENÇÃO E O CUIDADO SOCIALMENTE CONTEXTUALIZADO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Claudia Mascarenhas Fernandes

Leny A. Bomfim Trad

Introdução

A primeira infância, mais do que nos exige, nos impõe a necessidade de tecer os sentidos sobre saúde/doença, normal/patológico e, certamente, sobre atenção e cuidado integral (prevenção, promoção da saúde e assistência) em teias interdisciplinares e na direção da promoção da saúde. Importa aqui realçar, particularmente, as possibilidades oferecidas pela aproximação entre Saúde Coletiva e Psicanálise no âmbito do exercício de reflexão sobre os sentidos de risco, prevenção, promoção e vulnerabilidade, no cuidado integral a primeira infância e seus impactos sobre as práticas daqueles que cuidam da criança.

Um embate que fragmente as chamadas especialidades da primeira infância e as noções da integralidade no cuidado da infância, no sentido da promoção da saúde, pode impactar negativamente sobre o melhor interesse para os bebês e suas famílias, e sobre as políticas para a primeira infância. É preciso, por certo, levar a sério a necessidade de sairmos de uma vez por todas da tendência da culpabilização da esfera individual, via de regra dirigida aos cuidadores familiares, para a responsabilidade do coletivo na atenção integral à primeira infância.

Compartilha-se do entendimento que “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele [...] A atitude ‘cuidadora’ precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde” (AYRES, 2001, p. 71). Neste sentido, os profissionais que trabalham com a primeira infância precisam ser sensibilizados por noções importantes do campo social de modo que, a partir de valores mais amplos, possam interrogar possíveis preconceitos, e assim ajudar em suas ações. Em especial, no caso daqueles que acompanham os primeiros anos de vida de uma criança, é preciso refletir sobre a influência dos ideais de infância e de prevenção que vão impactar diretamente sobre suas práticas.

Constata-se que a ideia de que para prevenir é bom que “se chegue cedo” vem se tornando recorrente no imaginário dos profissionais de saúde e, por conseguinte, o bebê (e suas dificuldades) se apresenta como alvo indiscutível da atuação de caráter ‘preventivo’ neste universo. Em outras palavras, a importância do rastreamento de “riscos” dirigida a este grupo parece que se torna óbvia para muitos profissionais. No entanto, cabe aqui certamente, problematizar tal percepção de obviedade ao tratar a relação entre prevenção de riscos e primeira infância. Preocupa, sobretudo, a disseminação de uma concepção simplificada e restrita de cuidado, que contempla unicamente o “cuidado técnico”, muito indicado nos primeiros anos de vida de modo contundente e isolado, de tal modo que termina sendo orientado por modelos tradicionais focados apenas na busca do “diagnóstico”, na anulação da alteridade e do saber vindo do outro (CARVALHO, FREIRE E BOSI, 2009).

Convém recordar que o conceito de saúde vem se modificando de modo mais radical nos últimos anos, afastando-se da mera definição de saúde como a falta de doença. Fortalece-se, progressivamente, a concepção que foi preconizada deste a terceira Conferência Nacional de Saúde (1963), apoiada no enfoque dos determinantes sociais em saúde. Esta passa a ser mais claramente reconhecida como “...um conjunto de fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais.” (Brasil, 1963). A contextualização ampla das condições de vida adquirem destaque nas definições contemporâneas do binômio saúde/doença.

Paradoxalmente, paralelo a isso, observa-se também a reintrodução no campo da saúde da antiga noção de fatores de risco, adotado enquanto equivalentes à presença de doenças: se há um risco há uma doença. Binômio, no mínimo, questionável.

Diante do exposto, propõe-se neste ensaio uma reflexão crítica acerca dos sentidos que vem sendo mobilizados ao se abordar risco e prevenção na primeira infância, oportunizando, ao mesmo tempo, o debate sobre enfoques alternativos comprometidos com o cuidado integral e a promoção da saúde das crianças. Além do diálogo com autores e/ou conceitos caros à saúde coletiva e/ou psicanálise, o texto se nutre também da experiência acumulada da primeira autora em um espaço voltado para a criança em sofrimento, seguindo as premissas da não patologização e não medicalização da infância, com atendimentos desde o bebê e seus cuidadores, em Salvador – o Instituto Viva Infância, organização social civil de interesse público.

A respeito de normalidade e risco: para repensar as noções de prevenção e de promoção da saúde na Primeira Infância

Uma criança tem 11 meses de idade. Ela sorri pouco, olha para sua mãe ou seu pai, mas sempre muito rapidamente. Fica tão quietinha que se você não prestar atenção, até esquece que ela está ali, perto de você. Chora pouco, não se ouve nenhum balbucio. Dá a impressão aos seus cuidadores que não se interessa por ninguém a sua volta. De fato, seus pais não reconhecem um momento no qual ela tenha chamado a atenção deles para alguma coisa.

Esse pequeno e emblemático fragmento, baseado em vários bebês que recebemos no Instituto Viva Infância, interroga profundamente sobre qual o olhar que nós profissionais dirigimos às crianças, sobretudo às crianças pequenas, quando confundimos significados com indícios.

Vejamos com Foucault (2006), como ele toma a partir de Husserl a confusão entre a realização dos significados e a indução dos indícios. Quando se encontra pegadas na neve, explica o autor, “vejo buracos na neve, espécies de estrelas regulares, cristais de sombra. Um caçador aí verá os rastros frescos de uma lebre. Estas são duas situações vividas; seria vão dizer que uma comporta mais verdade do que a outra” (FOUCAULT, 2006, p. 82). Ambas podem ser indicadoras de que um coelho acabou de passar; todavia, elas não são mais significativas para o caçador do que seria para qualquer outro que ali passasse, assim como não é somente o caçador que pode ter a imagem do coelho na cabeça. Uma voz trêmula ao se expressar pode indicar cólera...

As palavras coelho ou cólera são significações (coelho: posso pensar na aposta com a tartaruga, cólera: movimento de paixão que jamais experimentei), já a voz trêmula ou as pegadas são indícios. Ao se confundir indícios com significados, “a dimensão propriamente imaginária da expressão significativa é inteiramente omitida”, “por si mesmo, o indício não tem significação, e só pode adquiri-la de um modo secundário e pela via oblíqua de uma consciência que o utiliza como marcação, como referência ou como baliza”(p. 82).

Digamos ainda que existam boas pesquisas epidemiológicas (AMMITZBØLL e col. 2017) que apontem sinais como indicadores de alguma problemática específica para o bebê. Mesmo assim, no encontro único desse bebê com seus cuidadores, esses dados epidemiológicos precisariam ser confrontados de modo honesto com originalidade de cada relação e com a singularidade de cada circunstância de vida, desse modo podem não corresponder à realidade daquele bebê ou daquela criança, mesmo que em termos populacionais, uma maioria corresponda.

Se retiramos o imaginário narrativo, a história e as circunstâncias do contexto e de vida, desatamos o imaginário especular, este que propicia que o bebê se constitua tomando seus cuidadores como espelho. Para a Psicanálise, o registro do imaginário na constituição do Eu, por exemplo, se faz a partir de operações psíquicas que se enodam também com dimensões do simbólico e do real. De modo que ao se retirar o contexto e as circunstâncias de vida, desata-se o imaginário tanto narrativo quanto especular, conseqüentemente, o simbólico com o registro, da cultura e da linguagem, e o real. Grosso modo: se descontextualizado, o bebê é lido de modo falacioso. Além do mais, corre-se o risco de tomar resultados estatísticos como normalizantes.

Aprendemos com Canguilhem (2002) que o patológico não possui uma existência em si, precisa ser entendido no contexto da cultura e das relações e das interações sociais. Conforme sua definição, o patológico se apresenta como uma “...norma que não tolera nenhum desvio das condições na qual é válida, pois é incapaz de se tornar outra norma” (CANGUILHEM, 2002 p.145). É preciso reconhecer que “...nos meios próprios do homem, que este seja, em momentos diferentes, normal ou anormal” (p.162). Estabelecer uma norma para que se possa afirmar a existência de saúde ou doença apenas transforma estes conceitos em um tipo de ideal.

O psicanalista Erik Porge (2008), ao problematizar a ideia de alguns psicanalistas que pretendem teorizar sobre “novas patologias”, “novos sintomas”, afirma que estes repetem a mesma fórmula: de passar de uma sociedade de lei para uma sociedade da norma, uma norma que só pode ser tomada como média que se transforma rapidamente num ideal, tornando-se prescritiva. Sendo ainda que, para se chegar a essa norma, entra em jogo uma categoria nada psicanalítica “a avaliação”.

“A palavra avaliação foi imposta também no campo da saúde mental e participa das tentativas normativas (morais, políticas, sociais, econômicas), de regimentos que se substituem às leis. Essa palavra repousa sobre a ideia do todo, da totalidade e tem um efeito totalitário”, afirma o autor, assinalando que ela contém ainda o sentido, a ideia de “garantia” (PORGE, 2008, p. 24). A psicanálise, portanto, é uma teoria e uma prática que se opõe a ideia de *pathos*. “A patologia se inscreve numa ordem fixa uma média estatística avaliável de normalidade no sentido desta e de seu desvio, impedimento, ou deficit” (idem, p.28). Além do mais, essa linha demarcatória entre o normal e o patológico, cria uma fronteira também entre profissional e doente, situando a patologia do lado do doente, enquanto para a psicanálise, o analista faz parte do quadro transferencial, tornando-se participante da constituição e da estrutura do sintoma analítico, senso portanto metade dele (PORGE, 2008).

Cabe observar que os usos e sentidos relativos à prevenção experimentaram uma migração ao longo da história, envolvendo os campos da saúde pública e da clínica:

“do ponto de vista histórico, a prevenção migrou da saúde pública para a clínica das doenças. Assim sendo, a identificação de fatores de risco como parte da prevenção deu início a uma nova era na saúde pública e na medicina e tornou-se uma atividade profissional para epidemiologistas. Visto que o conceito de doença vem se modificando ao longo do tempo (com rebaixamento dos limiares para designação de doença) e os fatores de risco estão sendo agora considerados equivalentes a doenças, a diferença entre prevenção e cura está se tornando cada vez mais indistinta” (STARFIELD, 2009, p. 12).

Tentamos a cada dia nos proteger e nos prevenir das contingências das irrupções do real, das rupturas, das surpresas, das manifestações do inconsciente. “A vigilância constante e o automonitoramento são formas reflexivas de lidar com os processos de saúde e doença promovidas pela cultura do risco no campo médico e assimiladas por cada um de nós, como tarefa individual a ser realizada cotidianamente” (RODRIGUES, 2017)

Portanto, a noção de risco antes usada como medida populacional a partir de pesquisas epidemiológicas, passa para “...o controle dos fatores de risco pela via da intervenção individual que muitas vezes é incluído, sutilmente, como uma medida de promoção da saúde, aproveitando-se do sentido de que há uma convergência entre comportamentos recomendados aos estilos de vida saudável” (MS, 2009, P. 13). Precisamos estar atentos a esse tipo de engano, pois promoção da saúde não é prevenção de doenças, ou mesmo a detecção de “risco” para “uma vida saudável”.

Vale notar, conforme destaca Areosa (2010), que o conceito de risco remete a probabilidades ou possibilidades sobre a ocorrência de eventos futuros, surgindo também associado a uma certa contingência ou ambiguidade decorrente das diversas dinâmicas do mundo social. Este enfoque probabilístico de risco vem sendo fortemente criticado, “quer pela sua inadequada aplicação em certas situações, quer pelo uso enviesado que alguns peritos lhe conferem” (AREOSA, 2010). Os argumentos que alimentam tais críticas foram muito bem sintetizados por Granjo:

“Por mais que qualquer analista de risco saiba que a teoria das probabilidades não pretende fazer previsões sobre cada ocorrência individual, mas sobre um número muito elevado de repetições de ocorrências (ainda que um acontecimento muito provável pode nunca chegar a acontecer, enquanto outro de baixíssima probabilidade pode ocorrer na primeira oportunidade), não é nesta perspectiva modesta e abstrata que as aplicações dessa teoria são apresentadas ao público ‘leigo’, ou são erigidas perante ele em base racional para a tomada de decisão” (GRANJO, 2006, p. 1176)

A bem da verdade, a ótica economicista foi gerando uma espécie de necessidade de injetar no cotidiano da vida a “prática preventiva” (exemplo já muito banal entre nós são os exames de “*check up*”) importando aspectos de uma espécie de “indústria da prevenção” sob o argumento do “menor custo” (SUCUPIRA E MENDES, 2003).

A prática clínica revela-se cada vez mais dependente dos saberes periciais para identificar alguns riscos, embora isto nem sempre possa ser visto como um aspecto positivo, particularmente quando não existem consensos científicos (Areosa, 2008). Tal tendência revela-se especialmente problemática no campo da atenção a primeira infância. Propõe-se, então, desviar-se do enfoque do risco para buscar alternativas que favoreçam a construção de um cuidado mais sensível às múltiplas subjetividades infantis, cuja formação guarda relação com os respectivos contextos sociais e culturais nos quais as crianças estão inseridas.

Do enfoque do risco ao entendimento sobre vulnerabilidade: em defesa do cuidado socialmente contextualizado

O instituto Viva Infância tem acompanhado, desde a sua criação, bebês prematuros com contextos sociais extremamente vulneráveis que, ao “passarem” por uma consulta rápida no sistema de saúde, tem recebido diagnósticos de autismo, ou dessa nova categoria - “risco de autismo”. Ao analisar a realidade familiar em muitos destes casos, saltam aos olhos condições de vida bastante precárias e a presença de barreiras de acesso à rede de serviços da saúde pública, a qual se revela, muitas vezes, deficitária. Soma-se a isso, circunstâncias inesperadas de uma prematuridade engrossada pelo fantasma de morte de um filho.

Cabe então interrogar: de que modo diante de circunstâncias específicas e sociais podemos considerar os sinais precoces de dificuldades de uma criança na primeira infância? Parte-se do pressuposto que é preciso ampliar o olhar ao se interpretar tais sinais, incorporando a análise das dimensões contextuais e das circunstâncias de vida. Neste sentido, considera-se especialmente oportuno aproximar-se da discussão sobre vulnerabilidade.

Na saúde coletiva, a categoria vulnerabilidade adquire visibilidade no final dos anos noventa no bojo da produção sobre aids, sendo especialmente notável a difusão neste campo da concepção apresentada no trabalho de Ayres et. al (1999). Os autores partem da proposição de Main et al (1999), mas avançam em relação a esta, ao incorporar elementos que reforçam a interdependência entre aspectos individuais, institucionais e sociais e propõe, assim, três dimensões para dimensionar a vulnerabilidade: social, programática ou institucional e individual.

A dimensão social contempla condições sociais e econômicas, acesso à informação, à educação, à assistência social e à saúde, a garantia de respeito aos direitos humanos e a situação sociopolítica e cultural do indivíduo. A programática ou institucional comporta a análise ou avaliação sobre as políticas públicas e programas voltados para a prevenção, controle e assistência dos grupos em questão. São considerados aqui indicadores clássicos de avaliação de programas, como cobertura, acesso e acessibilidade, efetividade, qualidade etc. A dimensão individual, por sua vez, volta-se para a compreensão sobre como os indivíduos, grupos, segmentos ou famílias organizam seus repertórios simbólicos ou materiais para responder aos desafios e adversidades provenientes das modificações dinâmicas, políticas e estruturais que ocorrem na sociedade.

Paulatinamente, verifica-se a emergência de outros enfoques ou concepção para tratar do tema da vulnerabilidade em saúde. Chama especial atenção, a preocupação em romper com uma visão determinística de vulnerabilidade. Conforme assinalaram Cunha et. al. (2004, p. 7), é preciso considerar um gradiente de situações a partir do qual seja possível identificar as “debilidades” inerentes aos diversos segmentos socioespaciais da população em foco, recusando de forma veemente operar “com uma categoria dicotômica do tipo vulnerável versus não vulnerável”. Nesta linha considera-se especialmente oportuna o modelo adaptado por Kaztman (2000) que considera, em uma perspectiva dialética, a relação entre estrutura de oportunidades e ativos (ou capital) domiciliares/familiares.

Os ativos correspondem ao conjunto de recursos, tangíveis ou intangíveis, que são controlados por indivíduos e famílias, e cuja mobilização permite melhorar sua situação de bem-estar, evitar a deterioração de suas condições de vida ou diminuir sua vulnerabilidade (KAZTMAN, 2000, p. 294). A estrutura de oportunidades, por sua parte, diz respeito às fontes de renovação e acumulação dos ativos necessários para participar plenamente da sociedade (KAZTMAN; FILGUEIRA, 2006).

Dentre os pontos fortes desta última proposição destacam-se dois aspectos assinalados por Bilac (2006, p. 54). Em primeiro lugar, ela salienta que o modelo de Kaztman (2000) oferece uma possibilidade especialmente fértil para pensar a oposição entre agência individual versus estrutura social, desde uma perspectiva que entende que “os atores sociais não agem em um vazio, no qual dependem somente de sua capacidade de gestão de ativos, mas em um contexto histórico e social formado de oportunidades e de constrangimentos”. A autora destaca também que trata-se de uma abordagem que relativiza a influência da racionalidade técnica no desenvolvimento das ações sociais, enfatizando, particularmente, o modo de atuar das famílias.

Na experiência acumulada no Instituto Viva Infância observamos várias situações envolvendo os bebês e suas famílias, nas quais a incorporação da concepção acima de vulnerabilidade, que articula estrutura de oportunidades e ativos, valorizando ainda a agência, se revela especialmente oportuna. No que diz à estrutura de oportunidades, destacamos inicialmente uma série de queixas e reclamações dos cuidadores ao relatarem o que consideram como “abusos” em seus percursos ou itinerários na busca pelo cuidado. Abusos que dizem respeito, não apenas à precariedade e falta de recursos nos serviços, mas também ao modo como as situações difíceis que enfrentam são “acolhidas” pelos trabalhadores de saúde.

Algumas das situações encontradas evidenciam a capacidade de agenciamento dos sujeitos frente ao quadro de vulnerabilidade no qual estão inseridos. Em termos mais específicos, identificamos algumas estratégias adotadas pelos familiares para contornar, por exemplo, problemas relativos ao acesso aos serviços. A mãe de um bebê que já estava na busca de atendimentos médicos e fisioterápicos para seu filho há 5 meses, relata: “Agora eu faço assim, quando me dizem não tem vaga, não tem atendimento, eu olho para meu filho e digo: É meu filho, a moça tentou mas não tem, vamos voltar para casa sem você ter o que precisa, vamos ter que enfrentar isso juntos, meu filho... Aprendi que isso sempre funcionava!”, dizia ela. Vale notar que a capacidade dessa mãe adolescente para desenvolver um conjunto de recursos de modo a garantir o cuidado de seu filho, se revelou a despeito dos vários níveis de vulnerabilidade a que estava submetida.

Também do lado das crianças pequenas e mesmo dos bebês, encontramos comportamentos ou manifestações que, segundo a perspectiva de análise adotada, poderiam ser lidos apenas como sintomas ou manifestações patológicas. Não obstante, desde uma ótica mais sensível ao singular ou a partir de um olhar socialmente contextualizado eles são percebidos como modos específicos da criança ser, estar ou participar no mundo do qual faz parte. Uma criança muito pequena diante das avaliações médicas e de puericultura, pode manifestar falta de interação, não olhar o outro, silenciamento, como forma de garantir para ela e seus cuidadores o espaço de atenção ao qual teria direito. Desse modo se trata de ampliar o olhar para que significados e indícios não se resumam a uma lista de sinais patológicos com enfoque determinista, num momento de vida muito sensível: do início da vida.

Em psicanálise sempre se trabalha com a ideia de que o saber está no próprio paciente, mas, ao mesmo tempo, entende-se que ele precisa crer que se encontra no outro para que possa buscar ajuda. Um pai adolescente nos disse em um determinado momento: “Eu passei por tudo, vi minha mulher grávida sangrando na cama, ouvi, ao chegar no hospital, que ela

e meu filho poderiam morrer, acompanhei meu filho por 3 meses numa UTI neonatal, mas não aguentei ao escutar, quando ele fez 6 meses, depois de tudo isso, que ele teria risco de autismo”. E complementou: “Para um pai não existe risco de autismo, existe logo o autismo!” Essa criança, como muitas outras, já num primeiro encontro, quando essas frases de muita angústia vão sendo faladas e escutadas, começam a mostrar outras capacidades de olhar e interação que antes não apareciam.

Por fim, temos um caso de uma mãe veio com seu bebê que evitava fitá-la. Parecia um bebê muito apático. Num terceiro encontro, ela contou que pediu ajuda a sua mãe para a passagem do ônibus para vir ao atendimento. Depois de muita insistência dela, ressaltando a importância do comparecimento sistemático no Viva Infância, foi-lhe prometido que poderia ter algum dinheiro de transporte quinzenalmente. Como no Instituto há uma cota para despesas extras, consideramos que poderia ser fornecida a passagem de modo a garantir o encontro semanal. Na sessão seguinte, o bebê era outro: olhava tudo e todos, acompanhava, balbuciava, solicitava o outro muitas vezes. A ideia do acolhimento e a escuta da situação dessa mãe favoreceram que o bebê saísse da suspeita patológica que se encontrava.

São muitos os exemplos de bebês que chegam com diagnósticos prévios e/ou indicações de problemas relacionais. Estes precisam ser revistos levando-se em conta os contextos familiares e sociais destes bebês inseridos, os quais podem ser afetados por múltiplas dimensões de vulnerabilidade. É preciso resistir a posicionamentos apriorísticos e deterministas, apostando no encontro sensível com a singularidade. A possibilidade de escutar o saber dos cuidadores e também do bebê se apresenta como uma estratégia especialmente potente que os profissionais podem lançar mão de modo a favorecer o acúmulo de ativos ou capital social e humano por parte dos cuidadores familiares e seus bebês, alterando assim, positivamente, o quadro das vulnerabilidades em jogo.

Considerações finais

As competências precoces de um bebê, teorizada por diversos autores, apontam para que consideremos o bebê e a criança pequena como participantes ativos nas suas relações, essas são competências que se mostram muito cedo na vida (GOLSE E MORO, 2014). Porém para os profissionais compreenderem e poderem acompanhar os bebês e seus cuidadores, a observação e a avaliação das interações pais/bebês devem ser contextualizados, existem mil maneiras de ser pais e de cuidar de bebês, existem muitos estilos interativos e muitas variações: “...assim em função do estilo coletivo, o olhar, a língua, a estimulação tônica ou cinestésica, não tem a mesma frequência nem a mesma intensidade” (idem, p. 61).

Desde o debate inicial sobre o “desejo de criança” que é preciso considerar os aspectos culturais “todos os trabalhos conhecidos nos incitam a considerar os desejos de criança como conceito cultural e historicamente datado e que não deve ser transformado em processos genéticos, biológicos, ou mesmo psicológicos.”(GOLSE E MORO, p. 114). “... Todos esses elementos culturais, que pensamos a partir da geração precedente e que nos são transmitidos, se reativam, tornam-se, de uma so vez, importantes e preciosos. Tornam-se vivos para nós e são então subjetivados. É por isso que propusemos o conceito de transparência cultural, ... esses elementos culturais tornam-se ativos, pertencem ao espaço psíquico da mãe e devem ser utilizados para compreender e para cuidar”. (idem, p. 128).

Desse modo duas necessidades se apresentam como fundamentais para se avançar nas políticas de atenção a primeira infância: separar as noções de rico e vulnerabilidade e avançar do “saber técnico” a um “saber técnico socialmente contextualizado”. O nosso tempo tem a obrigação de compreender o que as múltiplas infâncias e a diversidade entre as crianças significam. É imprescindível, então, que cada bebê, cada criança, tenha sua especificidade atendida, seu nome sabido por todos, o direito à sua história, e dito tudo isso, que a costura desse tecido leve e pesado, solto e amarrado, enrugado e transparente, seja feita com o fio condutor da confiança e da aposta.

No bojo do processo de resignificação de sentidos, políticas e práticas de saúde dirigidas à primeira infância, considera-se imperativo ter em conta os seguintes fundamentos: 1. Que o olhar do profissional não seja capturado pelo fácil apelo à naturalização da criança como portadora nata de modelos preventivos apenas porque vai se tornar adulto no futuro; 2. Que se destine a um conjunto de sinais de dificuldades o fechamento numa patologia de modo tão urgente e precoce, assim como; 3. Que os parâmetros de uma política pública para o coletivo sejam utilizados sem questionamentos e honestidade advindos do trabalho com o sujeito.

Referências

- AREOSA J. O risco nas ciências sociais: uma visão crítica ao paradigma dominante. *Revista Angolana de Sociologia*, 2010; 5/6:11-33.
- AYRES JR; e. al. . Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; BONFIM, J.R.A.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M; JÚNIOR, M.D.; CARVALHO, Y.M. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 375-418.
- AYRES, J.R; et. al. Vulnerabilidade s prevenção em tempo de AIDS IN: PARKER, R. et. al. *Sexualidade pelo avesso: Direitos, Identidades e Poder*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- BILAC, E.D. Gênero, vulnerabilidade das famílias e capital social: algumas reflexões. In: CUNHA, J.M.P. (Org.). *Novas metrópoles paulistas: população, vulnerabilidade e segregação*. Campinas: Nepo/Unicamp, 2006. p. 51-66.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da 3a. Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS; 1963.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5.ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- CARVALHO, Liliane Brandão; FREIRE, José Célio; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. *Physis*. 2009, vol.19, n.3 [cited 2019-10-03], pp.849-865.
- CUNHA, J. M. P. et. al. A vulnerabilidade social no contexto metropolitano: o caso de Campinas. IN: *Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 14., 2004, Caxambu. Anais... Campinas: ABEP, 2004.
- FOUCAULT, M. (1954). *Introdução* (in Binswanger). *Problematizacoes do sujeito: Psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Tradução: Vera Lucia Avellar ribeiro. Col. Ditos e escritos I. São Paulo: editora forense universitária, 2016.
- GOLSE B. E MORO M.R. *Le développement psychique précoce, de la conception langage. OCl médique et psychothérapie*. Paris: Elsevier Masson, SAS; 2014.
- GRANJO P. Quando o conceito de «risco» se torna perigoso. *Análise Social* 2006; XLI(181):1167-1179.
- KAZTMAN, R. Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. *Revista de la CEPAL*, Santiago do Chile, n.75, p.171-189. dec. 2001.
- KAZTMAN, R.; FILGUEIRA, F. As normas como bem público e privado: reflexões nas fronteiras do enfoque ativos, vulnerabilidades e estrutura de oportunidades. In: CUNHA, J. M. P. (Ed.) *Novas Metrópoles Paulistas: População, Vulnerabilidade e Segregação*. Campinas: NEPO/Unicamp, 2006. 616 p.
- MANN J. et al. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. IN: Parker R. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará;
- RODRIGUES, L. OS SENTIDOS DO RISCO NO CAMPO DA SAUDE. *Psicologia & Sociedade*, 29: e155479.
- STARFIELDS, (2008) e. al. HEATH, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*, England, v. 62, n. 7, p. 580-583, 2008. EM Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 95 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).
- SUCUPIRA A.C; MENDES, R; *Promoção da saúde: conceitos e definições*. Ano IV,N.1, jan/fev/mar. 2003, SANARE.
- TRAD, L. A. B. A família no enfrentamento do problema do crack: entrelaçando vulnerabilidade social, resiliência e proteção social. In: In: TRAD, L. A. B., JORGE, M.S.B., TRAD, S. N. S., LIMA, L. L., PINTO, A. G. A., SAMPAIO, J. J. C (org.). *Olhares plurais sobre o fenômeno do Crack*. Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 259-282.

5. DE PREVENCIÓNES Y PREDICCIONES. LA CLÍNICA Y EL CUIDADO COMO POLÍTICA.

Gisela Untoiglich

La historia nos crea y, a la vez, somos artífices de la historia. Esto se puede ver también en Borges: la Historia es un libro que escribimos y al mismo tiempo nos está escribiendo.

- Z. Baumann

En este escrito abordaré un tema muy complejo en relación a la salud y específicamente a la salud mental en la actualidad, que es la cuestión de la detección precoz. Detección que, supuestamente, está al servicio del cuidado de los niños y sus familias. Sin embargo, tenemos que interrogarnos acerca de cuáles son las implicancias en relación a la salud mental de niños pequeños que se están constituyendo como sujetos y cómo inciden algunas “sentencias psicopatológicas precoces” en los encuentros y desencuentros entre los padres y sus hijos cuando son mirados desde la lupa de un diagnóstico.

Anteriormente los sujetos estaban divididos entre aquellos que estaban enfermos y los que estaban sanos, en el presente la clasificación es entre los enfermos y los “potencialmente enfermos”, es decir los que podrían tener un “riesgo a...”. “El riesgo a...” se evalúa, se clasifica, incluso se medica en numerosas ocasiones, con herramientas construidas con ese objetivo, generando una nueva masa de clientes seleccionados y confeccionados artificialmente. Los cuestionarios y protocolos que van en busca de una enfermedad específica o más aún, del riesgo a una enfermedad inexistente, realizando rastrellajes masivos en población cautiva, generan numerosos falsos positivos, pierden la oportunidad de realizar evaluaciones más integrales a sujetos integrales, transforman el riesgo en enfermedad (MOYSÉS, M.A., 2017) y promueven intervenciones iatrogénicas que muchas veces dañan la vida de esos niños y sus padres para siempre.

¿Siempre es mejor más temprano?

La madre de una beba de 3 meses se comunica conmigo para descartar si su hija tiene TEA (Trastorno del Espectro Autista). En otro momento histórico esa consulta me hubiese parecido un disparate, en los tiempos actuales consideré fundamental alojar a esta pequeña y su madre muy preocupada. Se trata de una madre joven, sola, viene cargando su hija y su angustia. Una mujer con una historia complicada (casi siempre lo son), con una beba que nace con una dificultad difusa, que durante los 2 primeros meses de vida debe

estar internada varias veces. La beba fue pinchada, evaluada, y finalmente se concluyó que se trataba de algo funcional que se regularizaría solo. En la consulta pediátrica de los 2 meses, la madre comenta que algo en la mirada de la beba la preocupa, el pediatra le muestra un muñeco y María no lo sigue con la mirada. El profesional indica estimulación temprana y, si no se producen cambios en el mes siguiente, una consulta neurológica con un especialista en TEA. De ese encuentro, la madre ya no saldrá con una hija, sino con una autista en brazos. Con esta carga, la madre retoma su análisis, y es su psicoanalista, en un intento de desarmar estos fantasmas, quien me la deriva.

Al inicio de la consulta, la niña parece distraída (como cualquier bebé) y la madre comienza a relatar la situación de su nacimiento, la serie de padecimientos, se angustia, llora y María que estaba en su regazo empieza a incomodarse. La madre la cambia de posición y la beba queda sentadita frente a mí (llamativamente tiene un tono muscular potente para sus 3 meses de vida). Entonces comienzo a hablarle a María, le dirijo mis palabras y mi mirada, empiezo a enlazar lo ocurrido, a poner sentido a la tristeza materna y, llamativamente, la beba de 3 meses que no miró al médico, sostiene mi mirada. Después, comenzó a sonreír y a relajar su cuerpo como sintiendo alivio, y la madre también se fue relajando. Nos pusimos a jugar las tres: María sonreía, estaba atenta al sonajero, disfrutó de una canción de esconder sus manitos y luego, plácidamente, se durmió en los brazos de su mamá.

¿Qué sucede cuando en el inicio en vez de estar el nombre propio aparece una etiqueta diagnóstica? Braunstein (2013) advierte que muchas veces los diagnósticos se emiten como sentencias, son actos performativos en los cuales las palabras constituyen a los sujetos que las reciben transformándolos en otros. En el caso de niños pequeños, este veredicto se convierte en predicción que transforma a padres e hijos. A partir de ese momento serán “el autista” y “los padres del autista” que sólo aguardan de su hijo las conductas esperables para dicha patología. (UNTOIGLICH, G., 2017)

Prevención no es predicción

Como se hacía referencia al comienzo de este escrito, en la actualidad, una parte importante de la investigación en medicina está dirigida hacia la “detección precoz”. Curiosamente, *precoz* refiere a algo que aparece prematuramente, antes de lo esperado. Por lo tanto, ¿cuáles son las consecuencias de instalar un supuesto diagnóstico antes de tiempo? ¿a quiénes beneficia? ¿a quiénes perjudica? ¿al servicio de qué se encuentran este tipo de prácticas cada vez más masificadas?

En el año 2015, el *Diario de Río Negro*, un periódico argentino, publicaba una noticia titulada: “Autismo: detección precoz para alivio de las familias”. En esta nota periodística, se hacía referencia a la contribución de la tecnología para la detección precoz del autismo y se elogiaba que quedó a disposición pública y gratuita un dispositivo que consiste en la aplicación de un programa informático denominado *rastreador de ojo* (*Eye Tracker*). El software hace un seguimiento de las miradas de bebés a partir de los dos meses y puede establecer la reacción ocular de niños frente a diferentes imágenes, personas y videos. “La prevalencia es que uno de cada sesenta y ocho niños puede presentar esta patología en el mundo”, explicó la especialista basándose en datos aportados por el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC).

Una cuestión muy interesante en este punto consiste en que una gran mayoría de profesionales, legisladores, medios periodísticos y padres repiten la proporción 1/68 niños con autismo, sin embargo, no se cuestiona cómo se arribó a esta cifra. Dicha cantidad comenzó a circular con mayor fuerza a partir del año 2013, con el desembarco del DSM-5. La prevalencia presentada estaría diciendo que sólo en Estados Unidos habría cuatro millones y medio de niños con autismo, lo que plantearía una supuesta epidemia. Estos datos son relevantes ya que según la prevalencia de cada enfermedad se asigna un presupuesto público, por lo tanto, detrás de cada una de estas cifras hay una lucha feroz de orden político-económica que no debemos olvidar. Lo que no suele mencionarse es cómo se arribaron a estos números. Es necesario precisar que los mismos provienen de un sondeo telefónico que se realizó en Estados Unidos entre 2011 y 2012, con una muestra de 95.000 hogares, pero de los cuales solo acordaron contestar menos del 25% de los padres encuestados, siendo altamente probable que los padres con niños con algún tipo de discapacidad hayan estado más predispuestos a responder a este tipo de encuestas, ya que tenían más interés en la temática, que los padres de niños sin dificultades. Esta aclaración es del propio CDC.

Todos los que trabajamos con infantes, en la actualidad, coincidimos en un aumento de las problemáticas en niños muy pequeños, que nos consultan con situaciones cada vez más complejas. El asunto es si podemos reducir esto a una cuestión genética o de falla en los neurotransmisores o si es necesario tener una mirada más amplia y hacer un análisis más abarcativo de este fenómeno epocal. Es decir, reflexionar sobre las condiciones sociales-políticas-económicas en las cuales estamos viviendo y criando a nuestros niños.

Retomando la noticia del programa informático para la detección precoz de autismo, lo que tenemos allí es una manifestación clínica: “la mirada esquiva” y sobre esto se construye una presunción diagnóstica, que, aunque no hable de certezas, una vez que inocular en los padres la toxina de la duda, es muy difícil escapar de esta sentencia. ¿Será TEA? Esto deja

de plantearse en términos de interrogantes y opera en el terreno vincular al modo de la certidumbre. Volviendo a María, la pequeña había sufrido muchas intrusiones desde el territorio médico, ¿cuántos modos de defenderse tiene un bebé ante vivencias invasivas? Sin duda, no son muchos, esquivar la mirada, dormirse, desconectarse para preservarse del sufrimiento. Cuando además sus padres no tienen redes de sostén en las cuales cobijarse, como le sucedía a esta madre, suele prevalecer el desamparo para los niños y para sus padres.

Existe una diferencia importante entre plantear la detección precoz o la detección oportuna. La primera llega antes de que los sujetos estén en condiciones de hacer algo con esto; en cambio, la detección oportuna instala las condiciones de posibilidad de un trabajo preventivo clínico / educativo que tome en cuenta las dificultades pero que no las aplane, que evalúe los múltiples factores concomitantes y que sobre todo ayude y acompañe a los progenitores a construirse como padres de un niño que quizás presente algunos desafíos en el desarrollo, que no es lo mismo que ser los padres de “el autista”. Ya que sabemos que si desde muy temprano se empieza a mirar al niño con la certeza de un diagnóstico no comprobado, esto genera efectos en lo vincular, y probablemente con el correr del tiempo nos encontraremos con una subjetividad acomodada a dicho diagnóstico.

Golse (2013) propone distinguir entre prevención y predicción. Es necesario localizar indicadores de sufrimiento psíquico que permitan poner en cuestión qué tipo de intervenciones necesitan ese pequeño y sus padres, ya que se tratará de alojar ese padecimiento sin estigmatizarlo. Asimismo, registrar si es que lo hubiere, dificultades orgánicas o sensoriales que quedan encubiertas en diagnósticos generalizados. Por otra parte es importante que si desde la salud pública se proponen rastrillajes masivos, el propio Estado pueda proveer los abordajes que se necesiten posteriormente, porque si no se corre el riesgo de estar armando una situación que solo podrá ser abordada desde el ámbito privado.

Intervenciones que pueden hacer estragos

Los padres nombran a su hijo y esto lo marca incluso mucho antes de nacer, ya que con el nombre transmiten sus deseos, sus historias, también, sus fantasmas. Cuando un niño es rápidamente nominado por la medicina, con frecuencia, esto se vuelve un significativo indialectizable, se lo estampa a fuego y ese estigma difícilmente pueda ser modificado.

Intervención, etimológicamente, quiere decir acción y efecto de venir entre, ponerse entre dos cosas. En el diccionario de la lengua española, se define intervenir como controlar;

disponer sobre los bienes de otro; espiar; tomar parte en el asunto; interponer su autoridad; examinar y censurar las cuentas con autoridad suficiente para ello; interceder o mediar por alguien. Algunas intervenciones que se hacen en la actualidad desde un supuesto discurso de la prevención pueden transformarse en intervenciones que pueden hacer estragos y que dejan al niño y a sus padres arrasados.

Laurent (2013, p. 12) nos advierte: *“afrotemos la angustia de la incertidumbre para no caer en las tentaciones autoritarias del modelo único”*. Si podemos aceptar que no existe “el autismo” como una entidad única, cerrada y homogénea, sino sujetos con características autistas, de los cuales sobre la mayoría de los casos se desconocen las causas, entonces, estaremos en mejores condiciones de abordar esta problemática. Se trata de no realizar reduccionismos ni desde los aspectos biológicos, ni desde los aspectos psicógenos.

Hoy sabemos que las interacciones en los primeros años de vida producen efectos tanto en la subjetividad de los pequeños como en sus conexiones neuronales. Son tan relevantes las redes neuronales que se organizan, como la poda neuronal que también es preciso que se produzca para dar lugar a las funciones necesarias. Todas estas acciones se ocasionan en los intercambios constitutivos de estos primeros años, por eso, lo que suceda en esos intercambios humanizantes será tan significativo.

Volviendo a María, algunos niños que nacen con situaciones de riesgo y son permanentemente sometidos a evaluaciones pueden ensimismarse como mecanismo defensivo. No olvidemos que el bebé es un sujeto en proceso de estructuración y que cualquier intervención externa que no contemple con el debido respeto esta condición corre riesgos de traumatizar precozmente en lugar de prevenir, lo cual puede incluso interferir en el desarrollo, en lugar de promoverlo. (MORICI, 2013)

Algunos diagnósticos se presentan con una lógica totalitaria. Cuando se enuncia “María es autista”, no hay por fuera de esto. La novedad de ese niño por-venir queda arrasada y suplantada por una lógica que necesita siempre de un orden estable, previsible, que detesta la incertidumbre. Este sistema proyecta, delimita y planifica el futuro de los sujetos, que quedan sujetos a lo previsible. Así la historia queda escrita de antemano, sin espacio para lo novedoso. La otredad queda sometida a la lógica de lo ya determinado. Algunos profesionales miran al niño sin verlo, ya que sólo ven las características que encajan en los protocolos y cuestionarios pre delimitados. No existe el enigma.

Una vez que se introduce el significante “espectro autista” o incluso el riesgo a..., ¿cómo no verlo en todas partes?, ¿cómo no sentirse atemorizados por él?

El cuidado en tiempos de “neuroliberalismo”

El cuidado tiene que ver con la disponibilidad, estar disponible para ese otro más vulnerable, *hilflosigkeit* así denomina Freud (1895), al estado de desamparo o desvalimiento inicial del humano. Si bien esto es común a la especie por su prematuración inicial, ya que es la especie que más tiempo de cuidados del otro para sobrevivir necesita y porque además precisa de otro que le garantice la supervivencia tanto física como psíquica, en estos tiempos de arrasamientos subjetivos, el desamparo y la intemperie se presentifican aún más, así como los miedos, terrores y angustias.

El neoliberalismo necesita sujetos con miedo, el miedo hace a las personas más dóciles y productivas, el miedo a ser el próximo descartable del sistema, hace que los sujetos acepten condiciones inhumanas de vida, de trabajo. El miedo, a su vez nos deja más solos, el miedo despolitiza y ocasiona que la gente crea que debe salvarse sola. Actualmente, nos encontramos con una exacerbación de las políticas neoliberales que también se manifiestan en los modos de pensar y abordar la salud mental. Estamos en presencia de un “neodarwinismo social” (BOURDIEU, 1999) predatorio en el cual cada individuo es artífice de su propio éxito y su propio fracaso y los padres (aquellos que aún están en condiciones) serían los únicos responsables que sus hijos no se caigan del sistema, utilizando las estrategias que sean necesarias para lograrlo. Predomina una lógica cortoplacista que se pone de manifiesto también en los modos de construir diagnósticos. Aparecen los diagnósticos como mercancía consumible, un “*Hágalo ud. mismo*” con cuestionarios y test autoadministrables accesibles en la web, que transforma la psicopatología más compleja en una revista de autoayuda. Con esto se aplanan los modos de pensar la complejidad y la manifestación de sufrimientos.

Fernández Peychaux y Biagini (2013) proponen el concepto de “neuroliberalismo” y describen un “*trastorno narcisista neuroliberal*” que despolitiza a la sociedad, que la mercantiliza inmunizándola de cualquier proyecto transformador. Una ética gladiatoria de supervivencia, en la cual los excluidos son el daño colateral de un sistema que les dio a todos, supuestamente, las mismas oportunidades que algunos no supieron aprovechar. La ideología neoliberal alimenta el *status quo* de una sociedad antropofágica en la cual hay lugar para pocos.

Por otra parte, en estas primeras décadas del siglo XXI estamos en un tiempo de predominancia del cerebro y la genética que quiere hacernos creer que es desde allí de donde van a provenir las respuestas a los enigmas de lo humano. Así los éxitos y fracasos son adjudicados a causas individuales de origen neurogenético, perdiéndose de vista las lecturas de interrelaciones complejas entre el individuo, la sociedad, las condiciones

político-sociales-económicas y su historia (UNTOIGLICH, 2017). No se trata de una crítica a la medicina o más específicamente a las neurociencias, sino al uso político que se hace de las mismas y a la manipulación económica que se promueve utilizando el prefijo “Neuro” para darle credibilidad a distintos productos. Esto se observa en las especializaciones en “Neuromarketing”, “Neuroeducación”, “Neuroeconomía”, “Neuroetcetera”. Las desigualdades quedan biologizadas y las intervenciones que corrijan los “defectos” cerebrales o genéticos están exaltadas. Pero ¿se tratan de esto las intervenciones en salud mental?, ¿cómo se plantea el cuidado en tiempos de neoliberalismo?

Hacia una Ética del cuidado: la construcción de CUIDAdanía

Skliar (2017) propone pensar la infancia como un tiempo de detención, de invención, de una atención desatenta, de un porvenir abierto. No se trata de un pequeño que se va a desarrollar como adulto en un plan preestablecido, de un futuro prediseñado de antemano, sino de un sujeto en toda su potencialidad presente. Es una subjetividad en el aquí y ahora con sus miedos, sus angustias, sus sueños.

Las infancias son múltiples y precisan fundamentalmente de adultos en disponibilidad para atenderlos, cuidarlos, educarlos. ¿Cuánto podemos tironear con un niño, cual lecho de Procusto, para que se acomode mejor a los ideales de los adultos de rendimiento, de “normalidad”, de productividad, sin arrasarlo? No se trata de “normalizar” las infancias, sino de alojarlas.

Nuestras infancias requieren Tiempo, necesitan adultos en disponibilidad y con tiempo para la crianza. Criarlos lleva tiempo, educarlos lleva tiempo, hacer clínica (cuando es necesario) lleva tiempo. En la “Sociedad del cansancio” (CHUL HAN, 2013) todo es para ayer, no hay tiempo que perder. Franco, Bifo Berardi (2017) nos advierte sobre las “Cronopatologías” actuales, como la enfermedad del tiempo en el que es imposible vivir la duración. El neoliberalismo exige adultos disponibles 24 x 7 para el trabajo, no hay área fuera de alcance, hay que producir más y más.

Cuando el profesional interviene con bebés y con sus padres, lo hace sostenido en una ética que otorga al pequeño valor de sujeto, no sólo de sujeto a advenir, sino de un sujeto en tiempo presente con capacidad de entender, a quien nuestras palabras, miradas, gestos lo constituirán. Todo recién llegado a la vida trae su novedad, es capaz de generar algo nuevo. Se trata de continuidad y novedad, es decir, de la experiencia de alteridad. La infancia es tiempo de experiencias, de aperturas, es tiempo en movimiento, un devenir de posibilidades que no deben ser obturadas con etiquetamientos precoces.

Para finalizar este escrito quisiera tomar un concepto que construyeron Perez Orozco, del Río y Junco (2006) el concepto de “CUIDAdanía”, para diferenciarlo de la ciudadanía. Cuando pensamos en ciudadano solemos tener como referencia la Grecia antigua, supuestamente, cuna de la Democracia y la Ciudadanía. Sin embargo, esta cuna tan venerada tenía lugar para muy pocos, no estaban incluidos en ella ni las mujeres, ni los niños y niñas, ni los esclavos, ni los extranjeros. Cuando hablamos de ciudadanos, hablamos de aquellos que están alcanzados por los derechos, sin tener presente que sigue habiendo grandes porciones de la población que quedan excluidas.

Najmanovich (2019) diferencia las Políticas de cuidado, del Cuidado como política. Las primeras las ubica del lado del control, la vigilancia, relacionada con aquellos que determinan quién tiene el poder de cuidar, los modos de hacerlo y las poblaciones a las cuales estas políticas se dirigirán. Se trata de una acción programada, tutelar, antropocéntrica, etnocéntrica y patriarcal. En cambio, el Cuidado como política es un tejido colectivo, plural y a su vez singular que potencia el bien vivir y las pasiones alegres, es un otro atento, disponible, que afecta y es afectado en el encuentro con los otros, que sostiene y es sostenido. Es una práctica vital en la cual nadie está solo, porque nadie se salva solo y crea subjetividades entramadas cuidadosas de la otredad. Es una práctica respetuosa de los tiempos de cada quien, lo cual es fundamental en las infancias.

Tendremos que retejer la trama en un trabajo plural entre-disciplinas, cuidadoso y atento de la otredad dejando preguntas entreabiertas ya que esto apunta siempre a la apertura, a la incógnita, a lo novedoso, a dejarnos sorprender por el otro y fundamentalmente, a la construcción colectiva.

Referências

- BERARDI, F. (2017) *Fenomenología del fin. Sensibilidad y mutación conectiva*. Caja Negra: Buenos Aires .
- BAUMANN, Z., La soledad del ciudadano global, 2003, disponible en <http://www.lanacion.com.ar/493530-la-soledad-del-ciudadano-global>
- BOURDIEU, P. (1999) *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*, Tr. Joaquín Jorda. Barcelona: Anagrama.
- BRAUNSTEIN, N., (2013) *Clasificar en psiquiatría*. México, Siglo xxi
- CHUL HAN, B (2013), *La sociedad de la transparencia*. España: editorial Herder
- FERNÁNDEZ Peychaux, D A; Biagini, H E; (2013). ¿Neoliberalismo o neoliberalismo? Emergencia de la ética gladiatoria. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 18() 13-34. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27928910003>
- FREUD, S. (1895): "Proyecto de psicología para neurólogos", en *Obras Completas*, Tomo I Buenos Aires: Amorrortu, Editores, 1986.
- GOLSE, B. (2013) Sobre lo que no podemos ceder, en *Controversias en psicoanálisis con niños y adolescentes*, 2013. Disponible en <http://www.controversiasonline.org.ar/dossier/GOLSE.pdf>
- LAURENT, E., (2013) *La batalla del autismo. De la clínica a la política*, Buenos Aires, Grama.
- MORICI, S., (2013) "Intervenciones tempranas con bebés: ¿Intervenir o interferir?" en *La patologización de la infancia (II)*, Buenos Aires, Noveduc.
- NAJMANOVICH, D. (2019) De la pedagogía de la crueldad a la ecología de los cuidados. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=_kghQR2BZKM&t=533s
- PÉREZ Orozco, A., del Río, S., Junco C. (2006) Hacia un derecho universal de ciudadanía (sí, de ciudadanía). *En Libre pensamiento*, N°. 51 (Primavera), 2006, págs. 44-49. Disponible en https://www.lahaine.org/mm_ss_est_esp.php/hacia-un-derecho-universal-de Accesible el 6 de Agosto de 2019
- MOYSÉS, M. A. (2017) A lei 13.438 é um risco à saúde das crianças. Disponible en <https://madinbrasil.org/2017/09/a-lei-13-438-e-um-risco-a-saude-das-criancas/>
- SKLIAR, C. (2017) *Pedagogía de las diferencias*. Buenos Aires: Noveduc.
- UNTOIGLICH, G. (2017) Diagnósticos que no pueden parar en tiempos de neoliberalismo. En *Infancias. Entre espectros y trastornos*. (Stavchansky, Untoiglich, autoras) México: Paradiso editores
- _____. (2017) ¿Cuánto más temprano mejor?. En *Infancias. Entre espectros y trastornos*. (Stavchansky, Untoiglich, autoras) México: Paradiso editores

6. UMA EXPERIÊNCIA DE ABORDAGEM PSICOSSOCIAL EM PEDIATRIA

Fernando Cesar Chacra

Maria de Lurdes Zanolli

A área de Pediatria Social do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP foi criada há mais de 40 anos, no auge da formação dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social na América Latina e das propostas de estratégias de ensino em serviço e formação compromissada com a realidade social de seus países. Surgiu para propiciar aos alunos da UNICAMP a oportunidade de vivenciar práticas de atenção à saúde de crianças e adolescentes em Centros de Saúde (CS) da comunidade em Paulínia (SP) e Campinas (SP). Até hoje é responsável pela formação de alunos de Medicina e residentes de Pediatria na abordagem em Atenção Primária em Saúde e na valorização e defesa do Sistema Único de Saúde como fundamental para a cidadania brasileira.

A Pediatria Social tem acompanhado todo o processo de reforma sanitária que vem se desenvolvendo no país, seus avanços e retrocessos, assim como, vem contribuindo na formação de médicos para que se tornem conscientes da importância de um sistema nacional de saúde e da necessidade de atenção e cuidado a crianças, adolescentes e famílias nos territórios de abrangência das Unidades de Saúde onde atuamos. Os estágios contemplam disciplinas do quarto e quinto anos de Medicina e do primeiro e terceiro anos de Residência Médica em Pediatria e apoio à formação de residentes de Medicina de Família e Comunidade. Estes estágios ocorrem em 7 diferentes Centros de Saúde de Atenção Primária de Campinas, contribuindo na atenção médica para a faixa etária de 0 a 18 anos de territórios de dois, dos cinco Distritos Sanitários da cidade, atingindo uma população de aproximadamente 100.000 habitantes.

Desta forma, temos participado ativamente e testemunhado múltiplos processos de transformação e constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em Campinas, desde sua formação como rede básica, de sua legitimação constitucional, da reforma psiquiátrica, da inserção ensino/serviço na Atenção Primária e da implantação da Estratégia de Saúde da Família. O ensino tem nos desafiado a articular as vivências clínicas com nossos alunos às necessidades de cuidado e atenção integral de nossas crianças e adolescentes, assim como, às transformações dos modelos assistenciais que vêm sendo implementados. Neste sentido, nossa abordagem integral e nosso cuidado em puericultura passam a incorporar

estratégias de acolhimento de demandas não programadas, de vínculo e responsabilização para enfrentamento de situações complexas de vida, que se expressam em queixas, sintomas, problemas de saúde e doenças.

A abordagem psicossocial de sofrimentos mentais, emocionais e afetivos se coloca como uma das principais estratégias que aproxima nossa vivência clínica pediátrica das propostas de modelo assistencial recomendado pela reforma psiquiátrica em processo de implantação em nosso país. Sendo assim, nossa abordagem clínica ampliada e “desmedicalizante” de alguma forma dialoga e talvez, até influencie, a abordagem da saúde mental de crianças e adolescentes em Campinas.

A abordagem psicodinâmica (freudiana, ericsoniana e winicottiana) e a abordagem contextual sócio-histórica de Vygotsky e sistêmica de Bronfenbrenner do desenvolvimento infantil, adolescente e humano, são também referências teóricas fundamentais em nosso cotidiano de trabalho. (BONFENBRENNER, 1979; ERIKSON, 1976a, 1976b; FREUD, 2016; VYGOTSKY, 2005; WINNICOTT, 1993).

Assim, a criação de estratégias de aproximação e cuidado de crianças, adolescentes e seus familiares em situação de vulnerabilidade psicossocial tem sido o grande desafio de nossa atuação como profissionais de saúde, professores e interlocutores de nossos alunos, residentes e usuários de nossos serviços. Partimos sempre da pesquisa detalhada do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM), elegendo-a como a estratégia principal para nos aproximarmos da compreensão das dificuldades que podem produzir sintomas, comportamentos, alterações de humor, dificuldades na aquisição da fala, dificuldades de aprendizagem, entre outras. O resgate do histórico destes sintomas, assim como, dos antecedentes pré-natais, perinatais e neonatais, é fundamental para se identificar possíveis comprometimentos do sistema nervoso, sofrimentos psíquicos e problemas afetivos, desde a relação genitora/bebê em gestação, da relação mãe/bebê em seu momento de dependência absoluta de cuidados nos primeiros meses de vida, e de todas as demais relações da vida destas crianças e adolescentes.

As aquisições sensório-motoras, cognitivas, de linguagem, de controle esfinteriano, de autonomia, de relações afetivas com o entorno, de sociabilidade, de aprendizado formal, entre outras, devem ser pesquisadas a cada encontro programado de puericultura. Como propõe o Ministério da Saúde, estes encontros nos serviços onde atuamos devem ser agendados o mais precoce possível, já a partir do terceiro dia de vida do bebê. Os retornos devem ocorrer mensalmente no primeiro semestre de vida, bimensalmente no segundo semestre e trimestralmente no segundo ano de vida. O número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde é de 7 encontros de Puericultura no primeiro ano de vida e pelo

menos 2 no segundo ano. Estes atendimentos devem se articular com atendimentos e observações de todos profissionais da equipe de saúde com destaque a enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em Campinas, a Secretaria de Saúde preconiza, com todo nosso apoio, retornos anuais para atendimento de rotina até os 18 anos de idade.

As Cadernetas de Saúde da Criança e do Adolescente são importantes ferramentas elaboradas pelo Ministério da Saúde para o seguimento clínico nestas faixas etárias, e constituem importantes instrumentos de orientações, autonomia e Educação em Saúde para pais, cuidadores e para os próprios adolescentes. Recomendamos sempre a nossos alunos e residentes que estas cadernetas sejam preenchidas e lidas tanto pelos pais, pelos adolescentes e profissionais de Saúde a cada encontro, propondo leitura conjunta a cada etapa do desenvolvimento, fortalecendo o vínculo entre profissionais, crianças, adolescentes e seus familiares. Cabe a nós, profissionais da saúde, apresentá-la em sua potência e importância como espaço para registro do DNPM, das curvas de crescimento, da imunização, antecedentes pessoais e familiares. São oferecidos também tópicos importantes, mais direcionados aos pais, com relação ao crescimento, desenvolvimento (estimulando as relações afetivas e indicando a detecção precoce de alterações), amamentação, alimentação no primeiro ano de vida, prevenção de acidentes, imunizações, entre outras. (BRASIL, 2010, 2018).

Desafios na Abordagem Psicossocial do Desenvolvimento de crianças e adolescentes

Sem dúvida o principal desafio na abordagem psicossocial de crianças, adolescentes e jovens nos serviços onde atuamos é o enfrentamento e a detecção precoce do estresse tóxico. Este conceito é relativamente recente e associa as condições e contextos de vida estressantes, que promovem incertezas, traumas, sofrimentos crônicos e alterações afetivas para uma intensidade de estresse que vai muito além das capacidades singulares de suportá-las. As implicações desse estresse tóxico produzem intensos processos psíquicos, tais como, depressão, ansiedade, impulsividade, perda do autocontrole, baixa autoestima e, auto e heteroagressividade. E, ao mesmo tempo, pela liberação intensa e constante de cortisol, produz implicações físicas importantes, como hipertensão, obesidade, diabetes, comprometimento da autoimunidade, tanto para a deficiência como para a alergia e hipersensibilidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Nas Unidades onde atuamos a prevalência destes sintomas é cotidiana, da mesma maneira que são cotidianos os esforços para criarmos estratégias de abordagem clínica inclusiva, de prevenção e redução de danos, e também de continência ao sofrimento dos

familiares que cuidam destas crianças e adolescentes. Este processo é desafiador e ao mesmo tempo provoca certa frustração e novos processos de reconhecimento de nossos limites e do alcance de nossas interações.

A prevenção destas condições implica também em esforço e frustração de todos os setores de políticas públicas para promover boas condições de nascimento e desenvolvimento na primeira infância. O primeiro desafio que se coloca a pediatras, médicos de família, enfermeiros, profissionais de saúde mental e técnicos da Atenção Primária é: promover apoio e cuidado para que a relação genitora/bebê em gestação e, após o parto, a relação mãe/bebê, se estabeleça no sentido do vínculo, da segurança, do apego e da maternagem e, estimulação essencial, no período de dependência absoluta que se segue. Promover uma função paterna mais próxima da função materna é outro grande desafio nesta etapa, que implica no enfrentamento do machismo e dos preconceitos de gênero e de identidade sexual. (WINNICOTT, 2006)

Na etapa pré-escolar, o desafio da abordagem psicossocial será enfrentar o egocentrismo infantil no sentido da primeira identidade psicossocial e da promoção da autonomia e autocontrole, fundamentais para o processo de desenvolvimento e de escolarização (FREUD, 2016). Este, por sua vez, será importante foco de desafio na etapa escolar ou, melhor, etapa de frequentar escola. Aqui, o processo pedagógico pode tanto ser promotor de resiliência, como também pode promover iniquidades, comprometimento de autoestima, comportamento reativo, ansiedade, desmotivação e, desinteresse pela possibilidade de aprendizado (CHACRA, 2003). Desta forma, relutamos em aceitar o diagnóstico reduzido de transtornos de desenvolvimento, de aprendizagem, TDAH, dislexias, etc. Preferindo a abordagem das possíveis dificuldades na dinâmica familiar e dificuldades escolares, que localizam o núcleo de sofrimento nas relações afetivas destas crianças e adolescentes em suas famílias e ambientes escolares (MOYSES, 2008).

Na adolescência, as pressões hormonais, corporais e sociais desafiam a abordagem psicossocial no sentido do enfrentamento das crises e conflitos de identidade e as condições de sofrimento tais como depressão, abuso de substâncias, ansiedade, anedonia, autoagressividade, vulnerabilidade, falta de perspectivas e risco de suicídio.

Neste sentido, outros instrumentos importantes que podem ser recomendados para o acompanhamento do desenvolvimento das crianças e adolescentes, ampliando este olhar para a integralidade do cuidado, são: a pesquisa da dinâmica das relações familiares, a elaboração do Genograma ou Familiograma de três gerações, o Ecomapa, a Pesquisa de Sentidos na Vida e a Rede de Apoio Significativa. No cotidiano de nossos atendimentos, tentamos aplicá-los, gradualmente, no sentido de ampliar a relação com as crianças e

adolescentes sob nosso cuidado, bem como, com seus familiares e responsáveis.

Pesquisa da Dinâmica Familiar

Toda família estrutura-se a partir do encontro de duas ou mais pessoas que decidem dar origem a um projeto comum de vida, no qual se inserem várias funções, papéis e diferentes relações intra e extragrupais. São funções da família: garantia da subsistência de seus membros, identificação de grupo e pertencimento, reprodução e desenvolvimento da sexualidade, criação e recriação de campo afetivo para o desenvolvimento de emoções e elaboração de sentimentos em diferentes momentos da vida, maternagem das crianças pequenas, educação familiar e responsabilidade pelo acompanhamento pré-escolar e escolar de suas crianças e jovens, desenvolvimento ético através da aquisição de valores e identificação entre seus membros. São papéis dos familiares: papel materno, papel paterno, filhos, irmãos, tios, avós, primos, agregados, compadres, etc. (BRASIL, 2012) .

Constituem as relações intragrupais as relações de *conjugalidade* dos casais significativos, as relações de *filiação* (naturais e adotivas), as relações *fraternas* (entre irmãos) e as demais relações entre outros familiares e agregados. Constituem as relações extragrupais, as relações de trabalho dos adultos, as relações com outras famílias ou outros núcleos familiares da mesma família extensa, as relações com a comunidade, escola, etc.

Entendemos por dinâmica familiar a compreensão da estrutura da família, tanto em extensão como em seus núcleos; das funções e papéis exercidos pelos seus membros; da distribuição das pessoas em seus espaços de convívio; das rotinas e do cotidiano geral da família; de sua forma de organização e provimento; de suas hierarquias de poder; de seus valores. Por psicodinâmica das relações familiares entendemos o processo dinâmico dos fluxos de afetos nos diferentes momentos do ciclo de vida familiar, nos diferentes contextos dos encontros de seus membros, nas vivências conjuntas das adversidades e dos momentos de desenvolvimento conjunto.

Para a compreensão destas dinâmicas é necessária a criação de vínculo entre os profissionais de saúde e família, que deve ser um processo cuidadoso, positivo e complementar entre os membros da equipe. É necessária a escuta afetiva de diferentes pessoas da família. São importantes todos os tipos de informação desde as fornecidas pelos membros da família aos agentes comunitários, percepções obtidas em visitas domiciliares, registros dos demais profissionais de saúde, desenhos de redes de apoio e desenhos da família sentida pelas crianças e jovens, etc.

Assim, a compreensão mais completa da dinâmica implica em trabalho de equipe,

reuniões para identificações de quais problemas devem ser enfrentados, identificação das prioridades e projeto terapêutico familiar e/ou singular para cada um ou alguns de seus membros.

Para sistematizar a pesquisa da dinâmica familiar, propomos um esquema referencial que auxilie as observações:

- a. Descrição de quem são os membros da família: pode-se utilizar do familiograma, onde é importante incluir nome, idade, escolaridade e se possível a ocupação de cada um dos adultos; é interessante construir junto com os familiares de forma afetiva, indo além da família nuclear e propiciando relatos afetivos de lembranças das pessoas mais significativas;
- b. Descrição do cotidiano de vida: horários de trabalho, escola, quem fica em casa, quem são os cuidadores e os que precisam de cuidado; horários de encontro, atividades desenvolvidas em conjunto, forma de refeições, hábitos familiares, etc.;
- c. Descrição do ambiente de convívio: tipo de domicílio, distribuição no espaço, quem dorme com quem, as diferentes casas que ocupam (a da frente e a dos fundos); número de cômodos, condições sanitárias e de higiene, etc.;
- d. Identificação da distribuição do poder entre os familiares: o que determina o poder (o dinheiro empreendido dentro da família, características pessoais, imposição do saber, posição na escala etária, etc), forma como ele é exercido, espaços de comunicação e resolução de problemas, etc;
- e. Identificação do campo afetivo ou observação da coesão familiar: observação e relato das emoções mais frequentemente vivenciadas, sejam elas amorosas ou não amorosas; das flutuações de humor e de emoções dentro das diversas relações intrafamiliares;
- f. Identificação de sentidos e valores: pesquisa de desejos, expectativas, planos e projetos familiares, etc.; (pode-se utilizar de instrumentos de expressão como o desenho da mão tentando alcançar desejos e identificando pontos de partida);
- g. Identificação das redes de apoio e das redes de identificação social: pesquisa de redes de solidariedade e grupos de comunitários e sociais de participação.

O Genograma ou Familiograma

O Genograma é outro instrumento fundamental que permite leitura, de maneira mais rápida, da dinâmica familiar e suas possíveis implicações, e também fortalece o vínculo entre profissional e a família/indivíduo em cuidado. Baseia-se no modelo do Heredograma, mostrando graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares,

mostrando repetições de padrões de doenças, relacionamento e os conflitos resultantes do adoecer. Deve incluir pelo menos três gerações.

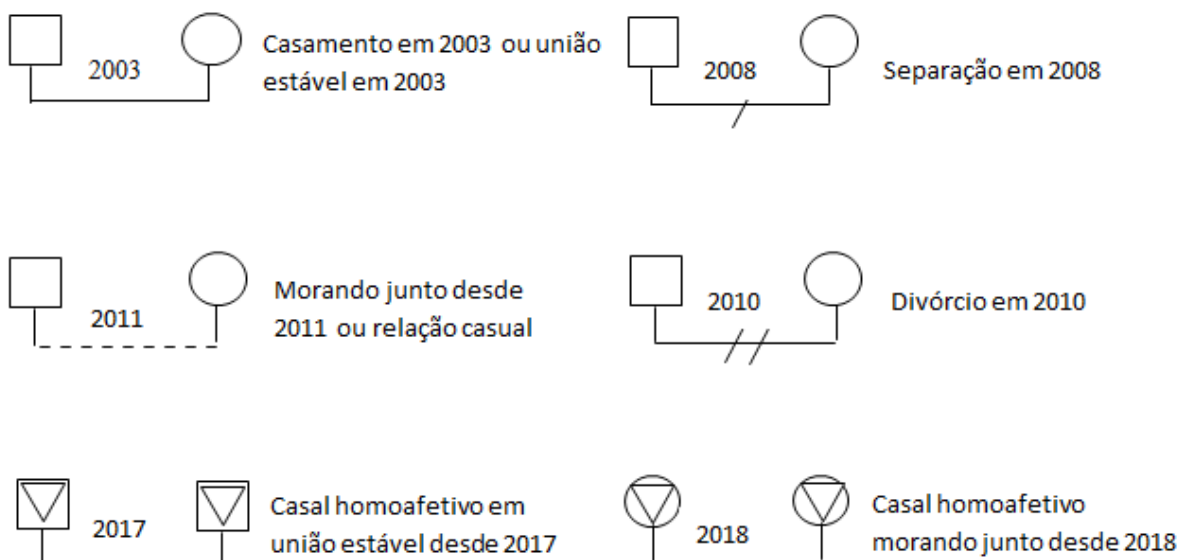
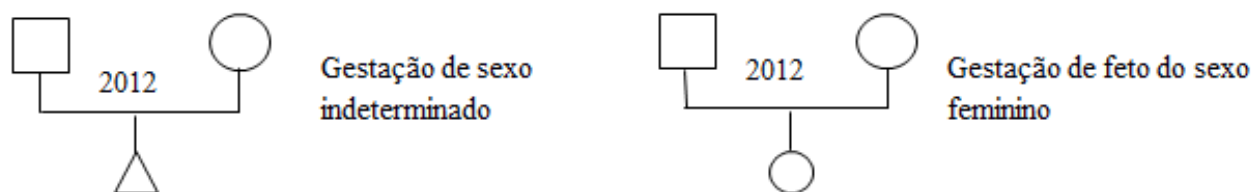
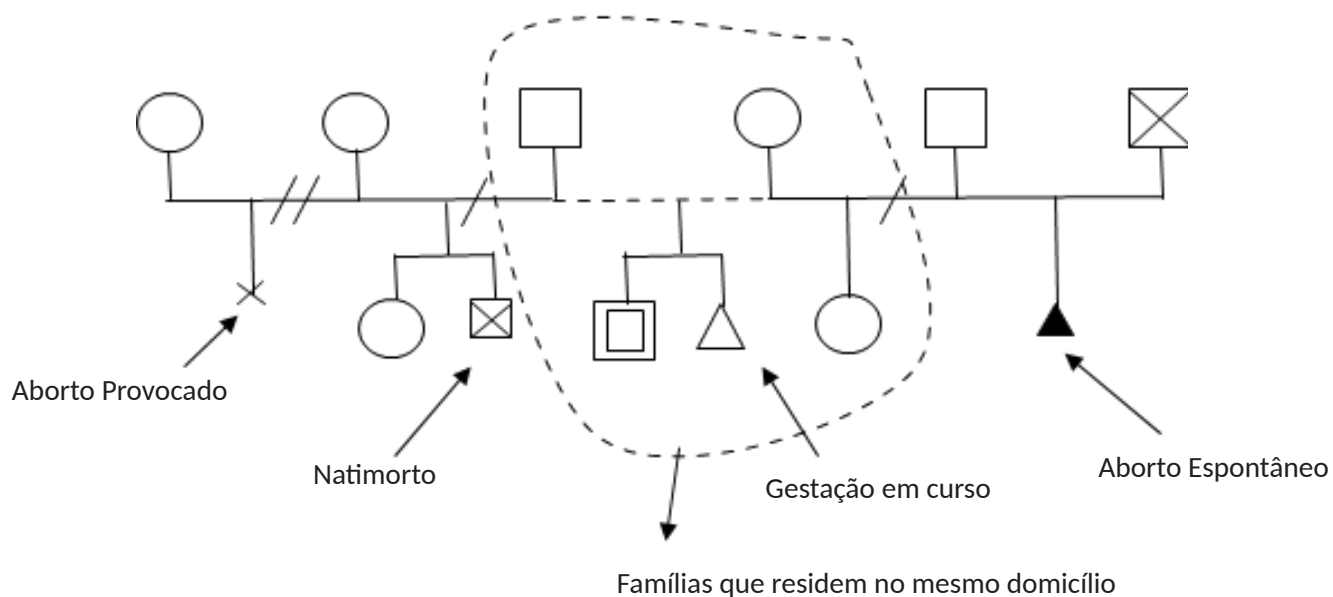
Na configuração proposta, o Genograma deve reunir informações sobre riscos, doenças e transtornos familiares, a rede de apoio psicossocial, os antecedentes genéticos, as causas de morte de pessoas da família, além dos aspectos psicossociais apresentados que junto com as informações colhidas na anamnese, enriquecendo a análise a ser feita pelo profissional, tais como: profissões, empregabilidade, aposentadoria, escolaridade, idade de cada familiar, anos em que as relações se constituíram e em que se desfizeram, etc. Aspectos relacionais também devem ser indicados conforme sugerido por Carter e McGoldrick (1995).

O Familiograma ou Genograma representa assim, por meio de símbolos, os constituintes ao menos três gerações do sujeito em questão (ou paciente identificado – PI), sendo o gênero masculino representado por um quadrado, e o feminino, por um círculo. Os casais são ligados por linha horizontal e, sobre esta, as datas do casamento e, se for o caso, da separação e divórcio, conforme as informações colhidas. A idade e nome (ou iniciais dos nomes) de cada familiar deve constar próximo ao registro de cada um deles.

Outras informações familiares de especial importância também podem ser anotadas no genograma (CARTER; McGOLDRICK, 1995) como: escolaridade dos familiares, empregabilidade (profissão, ocupação, desemprego, aposentadoria, etc), religião, etnia, dependência de substâncias psicoativas, farmacodependência, ano em que membros da família deixaram a casa, etc.

Símbolos do Genograma ou Familiograma
(Baseado em CARTER; MacGOLDRICK, 1995; MINUCHIN; FISHMAN, 1990)

	Homem		Mulher		Sexo indeterminado
28 anos		32 anos			
		Orientação e/ou Identidade homoafetiva			Sofrimento mental
	Pessoa índice		Abuso de álcool ou drogas		Morte
				76 anos	

Relações de conjugalidade**Gestações****Relações de múltiplas conjugalidades, respectivas filiações, registros de abortos, natimortos e gestações em curso**

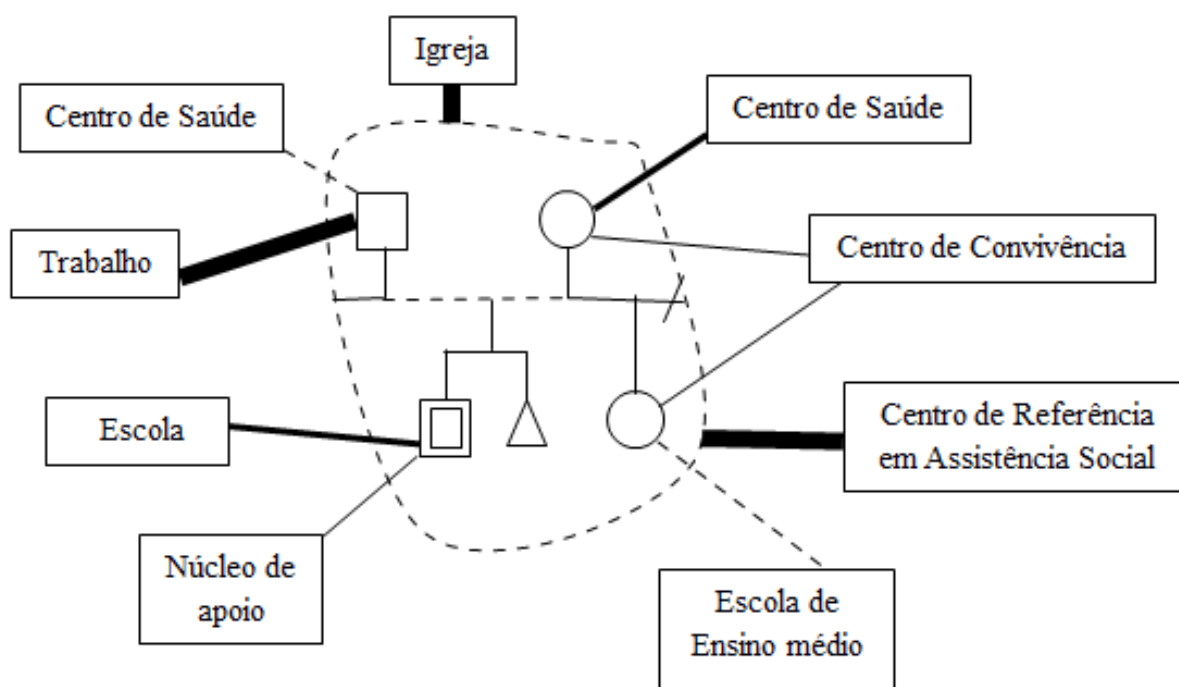
Ecomapa

Trata-se de um desenho complementar ao Genograma na compreensão da composição e estrutura relacional externa da família, proposto por Hartman desde 1986. Consiste na representação gráfica dos contatos dos membros da família com os sistemas sociais, incluindo a rede de suporte em Saúde. Pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e econômicos, sendo eminentemente, um retrato de um determinado momento na vida dos membros da família e, portanto, dinâmico. (HARTMAN, 1986)

Forma de representação: o Ecomapa deve ser representado a partir do Genomapa da família que deve ser destacada, enquanto familiares mais próximos que convivem ou habitam o mesmo domicílio e também os contatos da família com a comunidade: com pessoas e grupos significativos, serviços de apoio de diferentes setores de políticas públicas, associações, locais de lazer ou de hábito de frequência (bares, grupos recreativos, clubes, etc.) que devem ser representados em círculos externos e ligados aos componentes familiares com símbolos que denotem a intensidade e tipo de relacionamento.

O Ecomapa deve incluir: serviços da comunidade (creche, escolas, unidade de saúde, hospitais, etc); grupos sociais (igrejas, associação de moradores do bairro, torcidas organizadas, sindicatos, outras associações, clubes, etc); Relações significativas (amigos, vizinhos, família ampliada, etc); trabalho (companheiros de trabalho, usuários fim do trabalho, chefias, etc); outros (espaços de lazer, bares, praças, academias de ginástica, etc.).

Exemplo de registro de um Ecomapa de uma família:



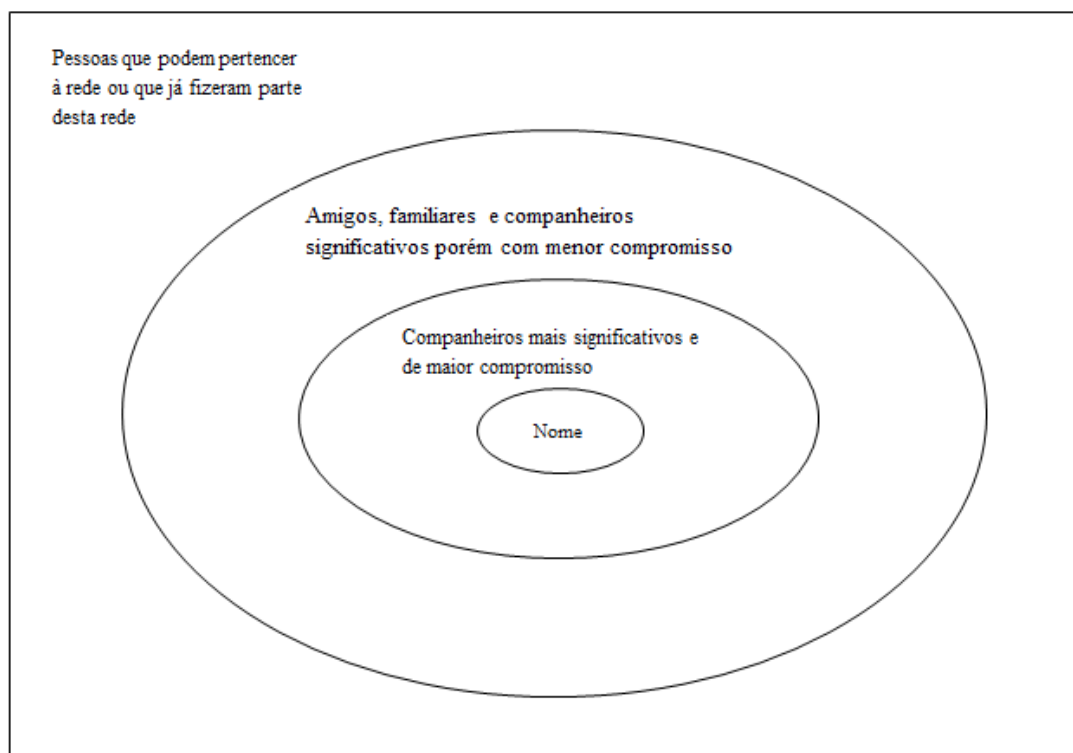
Rede de Apoio Significativa

Trata-se do registro gráfico do apoio afetivo que a criança, adolescente ou algum de seus familiares, como a mãe ou o pai, tem no conjunto de seus relacionamentos afetivos. Este conjunto de relações constitui a rede social significativa, também chamada de Rede apoio significativa. Pode também ser confeccionada para demonstrar a rede de apoio de um grupo, como o grupo familiar ou uma equipe. Os estudos das redes sociais significativas pessoais e coletivas remontam a década de 50 e são propostos como estratégias semiológicas de várias tendências em psicoterapia e outras áreas de abordagem clínica.

A Rede Social de Apoio é importante força que compõe a *resiliência* de cada pessoa e pode representar importante papel redutor de sua *vulnerabilidade*.

Carlos Sluski (1997) propõe que a rede social de apoio pode e deve ser registrada como um mapa, que poderá auxiliar o sujeito se confrontar com a realidade de suas relações afetivas significativas. Adaptamos esta proposta conforme descrição e figura abaixo.

Este mapa pode ser construído a partir de uma reflexão com o sujeito em questão a respeito de quem são as pessoas significativas de sua vida, com quem ele pode contar na vida, quem demonstra maior confiabilidade, com quem gostaria de se relacionar e de contar, a quem este sujeito oferece apoio e confidencialidade. E, também, com quem deixou de pertencer a esta rede, mas que deixou marcas em sua vida e, quem possivelmente está se aproximando.



A partir da compreensão deste pedido, solicita-se o registro no formato de mapa. Cada pessoa registrada deve vir acompanhada de sua idade estimada e de que tipo de vínculo tem com a pessoa que está registrando (amigo, mãe, colega, prima, tia, entre outros). Após o registro, estimula-se que a pessoa em questão descreva sua rede de apoio significativa e com ela analisar as seguintes características:

-TAMANHO: número de pessoas significativas que compõem a rede. Há indicações de que as redes de tamanho médio são mais efetivas em situações de sobrecarga ou tensão de longa duração, do que as pequenas (sobrecarga) ou as muito numerosas. Quando a rede é muito numerosa pode revelar excesso de confiança, o que nem sempre é um fator de proteção.

-DENSIDADE: conexão entre os membros da rede quando estes possuem alguma ligação entre si. Por exemplo: familiares que possuem ligação como família, ou colegas do trabalho que são amigos entre si. Um nível médio de densidade é o mais adequado.

-COMPOSIÇÃO (distribuição): proporção do total de membros da rede que são familiares em relação aos amigos e companheiros de trabalho, colegas da escola em cada círculo; as redes muito localizadas são menos flexíveis e efetivas, e geram menos opções de apoio e sociabilidade que as redes de distribuição mais ampla.

-DISPERSÃO: distância geográfica entre os membros, afetando a facilidade de acesso a este membro; revela diferentes acessibilidades aos membros localizados no mesmo círculo.

-HOMOGENEIDADE / HETEROGENEIDADE: idade, sexo, cultura, escolaridade, trabalho, etc.;

-ATRIBUTOS DE VÍNCULOS E FUNÇÕES NA RELAÇÃO: intensidade ou compromisso (grau de intimidade), versatilidade (ocupa mais de uma função), reciprocidade (funções equivalentes), frequência de contato (necessidade de manutenção), história em comum (desde quando se conhecem e qual é a experiência prévia de ativação do vínculo), companheirismo, função de apoio, de guia cognitivo (conselheiro), possibilidade de ajuda material e, articulação a novos contatos e novas redes.

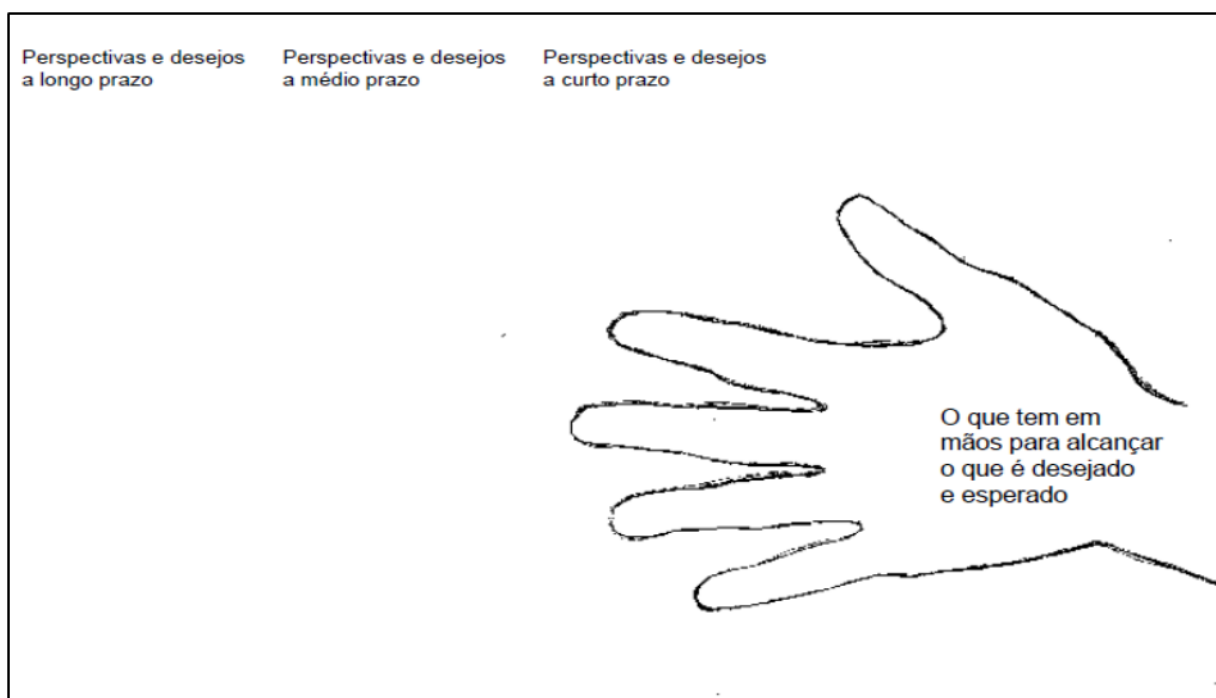
É importante frisar que estas estratégias de coleta de dados podem acontecer ao longo de um processo de acompanhamento das crianças, adolescentes e suas famílias. Este acompanhamento é dinâmico, como a vida também é.

Pesquisa de Sentidos na Vida

Propiciar para que crianças e adolescentes possam expressar que sentidos estão sendo engendrados em seu processo de vida é altamente positivo no atendimento em Pediatria. Uma das estratégias facilitadoras que utilizamos em nossos atendimentos é a Pesquisa de Sentidos, que é realizada a partir da própria mão da criança ou do adolescente em cuidado (CHACRA, 2003). A proposta deve seguir três momentos:

1. Propõe-se ao adolescente ou criança que desenhe o contorno de sua mão em um canto de uma folha de sulfite;
2. Pede-se que para cada dedo da mão registre um desejo, ou expectativa, ou algo que lhe motive para o futuro. Solicitar que, dependendo do tempo esperado para o futuro, pode-se registrar mais próximo ou mais distante da ponta dos dedos (ver figura a seguir);
3. Após o registro das expectativas de futuro colocadas externamente à mão, como se fossem desejos a serem alcançados, propõe-se o registro na parte interior da mão, no sentido de cada expectativa, o que já tem em mãos para alcançar os desejos e expectativas...

Este instrumento facilita a comunicação entre pediatra e criança ou adolescente em cuidado a trocarem suas experiências com o processo de buscas de sentidos na vida e das necessidades de se planejar a vida e lutar por seus desejos e expectativas. Pode-se aplicar o mesmo instrumento com pais ou responsáveis destas crianças e ou adolescentes tanto para conhecer a distância ou confluência dos desejos e expectativas, avaliar se os adultos consideram importante ajudar os filhos a serem desafiados e planejarem o futuro, como para promover uma reflexão sobre sua própria busca de sentidos na vida.



Este instrumento pode ser reaplicado em outros momentos da vida, pois este processo é muito dinâmico, sempre sujeito a mudanças dependendo do contexto, do momento vivido e das condições concretas da vida.

O desenho da criança e do adolescente e outras estratégias lúdicas

Uma das melhores formas de entrarmos em contato direto com toda a subjetividade das crianças e adolescentes é a utilização de desenhos como estratégia de comunicação. Observar a produção de desenhos livres, desenhos da família, representação de si mesmo como imagem refletida em espelho, representação dos familiares como animais, entre outras possibilidades são excelentes estratégias de interação direta com as crianças, que comunicam muito mais que palavras (CHACRA, 2003). O desenvolvimento da figura humana permite também identificar o desenvolvimento cognitivo da criança, dependendo dos elementos incluídos e habilidade para expressá-lo, utilizando a descrição detalhada de Georges-Henri Luquet (1969) sobre as diferentes etapas de realismo expresso pelas crianças: realismo fortuito, realismo frustrado, concreto, hiperrealismo, etc. (COX, 2000). O jogo do rabisco, proposto por Donald W. Winnicott (1994), está entre outras estratégias de interação lúdica que são também utilizadas.

Outros Instrumentos Semiológicos para uma Clínica Ampliada para Atendimento de Crianças, Adolescentes e suas Famílias

Outro importante instrumento é o Projeto Terapêutico ou de atenção de equipe, transdisciplinar, coletivamente e democraticamente discutido e criado. Para isto a equipe tem que se reunir, criar rodas de entrosamento e desenvolvimento afetivo entre os diversos profissionais, ter valorização do saber de cada um e clareza de missão, definição de metas, etapas da atuação grupal, diferentes tarefas dentro do grupo, imaginar o futuro coletivamente. É importante assinalar que todo projeto terapêutico, seja ele singular ou familiar, deve partir das necessidades e desejos expressos pelos destinatários. Além dos diagnósticos e condutas preconizados pela equipe, deve-se responsabilizar cada participante para uma conduta a ser desenvolvida. Há necessidade de gestão do cuidado da equipe e reavaliação programada do projeto terapêutico. (JORGE et al., 2015)

Utilizamos ainda com escolares e adolescentes a solicitação para que escrevam uma história sobre algo fictício (“história inventada”) e outra sobre algo real (“história acontecida”), como mais uma tentativa de se comunicarem, valorizando seus relatos, expressões e sentimentos.

São também ferramentas potentes tanto para a identificação da resiliência, como de

vulnerabilidade e das adversidades, riscos e dificuldades: 1. prontuário de Saúde Familiar; 2. construção participativa e afetiva do Genograma ou Familiograma; 3. visita domiciliar em equipe; 4. grupos de orientação e apoio para pais, jovens, gestantes, etc., centrados no desenvolvimento da saúde e não em doenças; 5. listagem de problemas, dificuldades e riscos podendo se utilizar instrumentos tais como PRACTICE, APGAR Familiar, Pesquisa de estressores, Escala de Risco familiar de Coelho e Savassi, etc.; 6. instrumentos de continuidade e responsabilização (tais como: listagem de situação de famílias de risco com controle das datas de retornos e visitas domiciliares, pesquisa cotidiana de faltosos, etc.); entre outros a serem criados e desenvolvidos (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAUJO, 2011).

Enfim, para acontecer integralidade do cuidado de nossas crianças e adolescentes tem sido necessário, além de recolocar a importância da abordagem psicossocial para os profissionais, professores e estudantes das áreas da saúde, procurar implementar à nossa atenção e prática estratégias e instrumentos como alguns apresentados e revisitados aqui. Assim, tentamos ampliar o nosso olhar e nossa prática, incorporando o maior entendimento possível das diversas formas do caminhar a vida de nossas crianças, adolescentes e suas famílias; podendo-se também propor modos de intervenção “desmedicalizantes”, menos patologizantes e, buscando abordagens mais multidisciplinares e intersetoriais.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Adolescente 2ª ed.. Brasília, 2010. –http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf Acesso em: 16 de setembro 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Nº 33. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 16 de setembro 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. 12ª ed. Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_12ed.pdf Acesso em: 16 de setembro 2019.

- BRONFENBRENNER, U. The Ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press, 1979.
- CARTER, B; MCGOLDRICK, M. A mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.). As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre, Artes Médicas, 2ª ed. 1995.
- CHACRA, FC. Empatia e comunicação na relação médico paciente: uma semiologia autopoietica do vínculo. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, 2003.
- CHAPADEIRO, CA; ANDRADE, HYSO; ARAÚJO, MRN. A família como foco da atenção primária à saúde. Belo Horizonte, Nescon/UFMG, 2011.
- COX, M. Desenho da criança. São Paulo, Martins Fontes, 2ª ed., 2000.
- ERIKSON, EK. Identidade, Juventude e Crise. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 2ª ed., 1976a.
- ERIKSON, EK. Infância e Sociedade. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 2ª ed., 1976b.
- FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____ Obras completas, volume 6. São Paulo, Companhia das Letras, 1ª ed., (tradução Paulo César de Souza), 2016.
- HARTMAN, A. Families in theory and practice. Ohio. Simpósio Nacional de Pesquisas de Doutorado em Trabalho Social: College of Social Work -- The Ohio State University.Columbus, 1986.
- JORGE, MSB; DINIZ AM; LIMA LL; PENHA JC. Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular e Produção do Cuidado em Saúde Mental. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 24(1), p. 112-20, Jan./Mar. 2015.
- LUQUET, GH. O desenho infantil. Barcelona, Porto Civilização, 1969.
- MINUCHIN, S.; FISHMAN, HC. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- MOYSÉS, MA. A. A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 31, 2008, Caxambu. Anais da 31ª Anped. Caxambu, 2008.
- SLUZKI, C. A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. O papel do pediatra na prevenção do Estresse Tóxico. Departamento Científico de pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. 2017. - https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/06/Ped.-Desenv.-Comp.-MOrient-Papel-pediatra-prev-estresse.pdf Acesso em 10 de outubro de 2019.
- VIGOTSKY, L S. Pensamento e Linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- WINNICOTT, DW. Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise. São Paulo, Francisco Alves, 4ª ed., 1993.
- WINNICOTT, DW. O jogo de rabisco. In: _____ Explorações psicanalíticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- WINNICOTT, DW. Os bebês e suas mães. São Paulo, Martins Fontes, 2ª ed., 2006.
- Nota: Além das Referências listadas acima, alguns outros Textos/Bibliografias são fundamentais para a auxílio e estruturação desta prática dentre elas:
- KAIL, RV. A Criança. São Paulo, Prentice Hall, 2004.
- MOYSÉS, MAA; COLLARES, CAL. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. Cadernos CEDES, Campinas, n. 28, p. 31-48, 1992.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Saúde de crianças e adolescentes na Era Digital [Internet]. 2016. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/11/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf Acesso em 10 de outubro de 2019.
- WINNICOTT, DW. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo, Martins Fontes, 3ª ed., 2005a.
- WINNICOTT, DW. Privação e delinquência. São Paulo, Martins Fontes, 4ª ed., 2005b.

7. INFÂNCIAS: UMA QUESTÃO PARA A PSICANÁLISE

Ilana Katz

O senso comum parece responder muito rapidamente sobre o que é uma criança, referindo ao tempo cronológico da infância como o começo de uma vida, pensada na perspectiva do desenvolvimento e da maturação, para demonstrar, através da biologia, a diferença fundamental entre a criança e o adulto.

Ainda assim, quando estamos diante da experiência da infância, seja pelo encontro propriamente dito com a criança, ou na perspectivação do seu cuidado, o entendimento que temos do que é uma criança comparece de forma muito mais abrangente do que apenas a referência à biologia. Isso importa porque as concepções que construímos sobre as infâncias, aquilo que consideramos sobre a criança, em cada época já passada, e no hoje em que vivemos, decide o tipo de laço que propomos a ela.

Neste ponto, deve-se considerar que Antropologia e Psicanálise convergem, para afirmar, com suas pesquisas, que as crianças respondem ao lugar que lhes reservamos na cultura, e no interior das famílias que as recebem.

A Antropologia, de acordo com a leitura de Cohn (2013), compreende que “as crianças atuam em resposta, e cientes, ao modo como se pensa sua infância” (p.240). A mesma autora lembra que essa resposta não é, necessariamente, a de submissão, mas, como bem formula, “as crianças atuam desde este lugar, seja para ocupá-lo, seja para expandi-lo, ou negá-lo... É a partir dele que agem ou é contra ele que agem” (p.241).

Ao pensar a criança, a Psicanálise de orientação lacaniana considera que não há sujeito que se determine à revelia da cultura na qual passa a viver, ou fora do laço social (Soler, 2018, p.26). A Psicanálise tem como um dos princípios de ordenação da sua compreensão de sujeito, a ideia de que as famílias, ao se organizarem com os seus filhos, designam a esses um lugar simbólico, determinado pelos termos daquele encontro singular, e ao qual as crianças vão responder com a mesma variação apontada pela pesquisa antropológica: afirmando, recusando e, necessariamente, transformando.

As concepções de infância tecidas hoje, além de apresentarem as determinações às quais as crianças respondem, são também determinantes do estabelecimento de cuidado com a criança nos diferentes contextos que habitam. Não há política pública, cuidado em saúde ou em educação, e também não há proposição de qualquer sistema de garantia

de direitos a essa população que se institua sem formular uma concepção de infância. A começar pela ideia de que o cuidado com a infância deva ser diferente daquele destinado às pessoas adultas, pois ela funda-se em determinada compreensão sobre o que é uma criança.

A infância que conhecemos hoje, no que se chama de Ocidente, é uma invenção, que começa a se desenhar no final do século 18, e que sofreu efeitos decisivos do acontecimento da Revolução Francesa (1789). Ao propor o abandono da antiga divisão social, o ideário desta Revolução concebeu, com a ciência, um novo cidadão: livre e responsável. Tal categoria foi a base da oposição entre criança e adulto, que continua presente hoje. Para o que aqui nos interessa, devemos considerar que a infância é, também, e como tudo aquilo que podemos definir, uma invenção que responde aos determinantes políticos e econômicos da transformação social de uma época (HANSEN, 2006).

Infâncias

As proposições do Brasil de agora, tendo em vista a cultura e os fatores sóciopolíticos que a tecem, confirmam a impossibilidade ética de se considerar que a experiência da infância seja única e praticada da mesma forma em todo e qualquer contexto. É absolutamente fundamental considerar que a diversidade da experiência humana é decidida na articulação de múltiplos fatores, e, se as diferenças culturais são incontornáveis na experiência da infância, isso se relaciona com o fato das diferenças sociais, no interior de uma mesma cultura, também o serem.

Ainda que alguns sugiram que as diferenças sociais devam ser enfrentadas por disposição de mérito, como propõe o pensamento neoliberal, pesquisas em instituições reconhecidas nacional e internacionalmente, trazem dados diferentes e questionam tais impressões.

O Atlas da Violência (Ipea e FBSP, 2019) demonstra como as diferenças sociais, perversamente articuladas à raça, constituem a vulnerabilidade de determinadas populações. O recém-lançado Relatório de Progresso dos Direitos das Crianças no Brasil (2019) soma-se ao primeiro documento para apontar os efeitos violentos que tais diferenças imprimem sobre a experiência das crianças, hoje. O terceiro boletim Direito à segurança pública na Maré (2019) apresenta o alarmante dado de que, em 2018, devido a operações policiais na região, as crianças da favela perderam 35 dias de aula. O que constatamos é que, se a escola é, na cultura na qual vivemos, o lugar das crianças, esse lugar não está garantido para todos da mesma maneira. Participamos de uma organização social em que algumas crianças têm

acesso a direitos fundamentais, e outras, não têm garantia nenhuma.

A divisão de classes atravessa o tema da infância e afirma que nossa época não tem uma infância característica. A diferença não está na designação de faixa etária, de tempo de crescimento, de maturidade biológica, ou mesmo, na condição de estudante/aprendiz. A diferença está marcada na geografia, mas também não é geográfica. A questão é territorial¹.

Nesse sentido, torna-se necessário que a diversidade cultural e a diversidade social sejam marcadas no significante que nomeia a experiência. O termo cunhado, preciso e justo, é INFÂNCIAS. A Antropologia da Infância, há muito tempo trabalha a partir desta perspectiva (FONSECA E CARDARELLO, 1999; RIZINI, 2009; COHN, 2013; RIBEIRO, 2013). O que está suportado no significante 'infâncias' é fundamental para entendermos e agirmos em nosso momento histórico. Infâncias, enquanto conceito e como proposição, problematiza essa nossa fantasia de que, como sociedade organizada e regulada, protegemos **todas** as crianças e lhes conferimos "prioridade absoluta"².

Desde 1927, com o Código Mello Matos (BRASIL, 1927), e sob a doutrina da situação irregular, trancamos nas instituições os filhos das famílias pobres. O ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) não conseguiu ainda concluir sua tarefa e conferir a todas as crianças e adolescentes a condição de cidadania. Ainda que a doutrina da situação irregular tenha sido ultrapassada na pena da lei, e dado lugar à doutrina da proteção integral (BRASIL, 1998) inventamos outros tipos de encarceramento da infância³. A institucionalização perversa da categoria 'matável' não deixa a infância de fora. Sim, vivemos em um país em que crianças são matáveis porque a nossa submissão à divisão de classes e de cor não permite que **todas** as crianças sejam prioridade absoluta, como quer a constituição cidadã. A base fundante da ideia da infância como prioridade absoluta é a sua associação, quase instantânea, com o futuro e com uma certa possibilidade de perspectivação da vida. Porém, este gesto coloca em jogo alguns aspectos do lugar da criança, que merecem ser observados. A ligação entre infância e futuro tem como efeito o investimento nas crianças como continuidade, e, portanto, está banhada na condição

1 O território, nesta concepção, é um conceito que materializa as articulações estruturais e conjunturais a que os indivíduos ou os grupos sociais estão submetidos em um determinado tempo histórico, tornando-se intimamente correlacionado ao contexto e ao modo de produção vigente. (<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>)

2 Prioridade absoluta é um princípio jurídico que determina a primazia de atenção (nos serviços públicos, na formulação de políticas e na destinação de recursos) para as crianças e adolescentes no Brasil. Ver em: <https://jus.com.br/artigos/28284/a-discrecionalidade-da-administracao-publica-diante-do-principio-da-prioridade-absoluta-do-direito-da-crianca-e-do-adolescente>

3 Isadora Simões Souza instrui e aprofunda essa discussão em sua dissertação de mestrado: Sousa, I.S. (2017) Determinantes Da Institucionalização De Crianças E Adolescentes Em Tempos Da Doutrina Da Proteção Integral. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas.

narcísica dos adultos que as tomam. Desta maneira, a criança se torna a pessoa que recebe as sementes do adulto ideal que nela esculpimos e perde, com isso, a sua condição de cidadania, e de saber sobre a vida.

Em sendo assim, ‘criança-futuro’ passa a ser uma associação que não resiste diante da realidade da infância «matável». As crianças deixam de ser o futuro quando nem todas as crianças cabem nesse futuro. Muitas delas, em uma experiência tão factual quanto contra intuitiva, são, elas também, *homo sacer*. E que futuro há para o *homo sacer*?

Foi Giorgio Agamben, filósofo italiano, quem recuperou, em 1995, o conceito de *homo sacer*, que vem do direito romano e tem complexos desdobramentos na ciência política e no pensamento contemporâneo. Não apenas o *homo sacer* é matável, mas quem assim age não pode receber qualquer sanção, pode matá-lo e permanecer inimputável.

Crianças a quem a sociedade atribui a categoria de serem *homo sacer*, essas são as “*crianças sacer*” porque vivem uma experiência de infância que Primo Levi (1958) encontrou em Auschwitz⁴, e que causou a sua morte cerca de 40 anos depois. A infância referida ao *homo sacer* não pode ser associada ao futuro e não se oferece à perspectivação da vida, porque não há futuro quando não há indeterminação. Os que sabem como morrem não têm direito a viver a indeterminação da vida, e sim, essas pessoas também são crianças.

Para driblar este imenso problema político e social, é bastante comum que se diga, com consternação, que as crianças em situação de vulnerabilidade “*não têm infância*”. Trata-se de uma torção discursiva que tem efeitos muito imediatos na experiência da e com a criança, e que, por isso, precisa ser enfrentada.

A reserva do significante ‘infância’ para nomear apenas a infância que confirma os ideais de cada época, proporciona a instituição de um engodo e contribui para manter de pé a ficção de que protegemos *todas* as crianças. Por essa razão, torna-se urgente afirmar que *essas* crianças têm, sim, infância, mas em um país que distingue diferentes *infâncias*.

O ideal narcísico da infância idílica caminha junto com o imaginário romântico da criança protegida, pura, cuidada e obrigatoriamente amada; serve mais para salvar os seus adultos de sua particular relação com a infância, do que para atribuir proteção e cuidado para *todas* as crianças. Fausto Salvadori, em reportagem para a Ponte Jornalismo (2019), formula, com precisão, os termos dessa disputa: “No Brasil, ser criança é meritocracia. Ser criança é coisa de branco”.

4 A esse respeito, ver também Yad Vashem, o memorial das crianças. <https://www.yadvashem.org/remembrance/commemorative-sites/children-memorial.html>

Erica Burman (2019), pesquisadora inglesa, já bastante esclarecida sobre a importância de considerar a construção política e social da ideia de infância, sugere que tomemos a “criança como método”. Esta operação sustenta-se na hipótese de que, ao dizer sobre a criança, aquele que diz, apresenta-se. Com isso, entendo que, ao revelar a ideia que tem sobre a infância, aquele que fala, enuncia sua posição no laço social.

É com base nesse princípio que apostamos que o exame das políticas públicas para a infância revela a posição ideológica dos governos que as propõem⁵. Tais políticas explicitam, necessariamente, junto com o ideário sobre a infância que sustenta a proposição de uma, e não de outra política para as infâncias, o desenho de sociedade que tais governos pretendem imprimir. Como salienta Cohn (2013), uma concepção de infância se faz sempre acompanhar de um ideal de família e de normalidade (p.16) para construir normatividades.

Neste sentido, a análise das práticas de cuidado propostas às infâncias hoje, no Brasil e no mundo, deve considerar o problema ético que se institui quando se entende como única a experiência de **todas** as crianças porque, repito mais uma vez, esse entendimento se articula a um certo ideal social de infância.

E, é também com base neste princípio de investigação, que Burman (2019) propõe que, para o psicanalista, recoloca-se a importância de investigar a concepção de infância instituída no interior da psicanálise.

Como todo clínico, o psicanalista deve enfrentar a naturalização do tempo da infância como processo a-histórico e livre dos determinantes políticos da época. No encontro com a criança, o analista deve suportar, em sua escuta, a diversidade da experiência humana no tempo da infância.

Crianças, infâncias e psicanálise

Ainda que criança e infância não sejam conceitos próprios à teoria da psicanálise, entendo que esta questão concerne ao psicanalista. Concerne, pois o psicanalista pode contribuir com a discussão considerando o saber construído em sua clínica, e o conhecimento produzido na pesquisa. Mas, muito especialmente, a questão concerne ao psicanalista que, em seu fazer, não pode e não deve desviar de situar-se na experiência analítica a partir da relação com o tempo em que vive. Foi o que Lacan, em 1953, advertiu: “Deve renunciar à prática da psicanálise todo analista que não conseguir alcançar em seu horizonte a

5 Claudia Fonseca (2012) faz uma profunda análise do PIM- Primeira Infância Melhor, inaugurado no Brasil em 2003. Noutra oportunidade, discuti o Programa Criança Feliz, proposto em 2016, no artigo: ‘Em que rede caiu a criança feliz?’ disponível em : http://www.apboa.com.br/correio/edicao/266/em_que_rede_caiu_a_crianca_feliz/457

subjetividade de sua época” (p.322). E é o que formula Soler (2018): “A lógica coletiva, própria a um discurso, não vou dizer que ela determina, mas sim que ela domina as lógicas individuais, fixando sua estrutura e a extensão de suas possíveis variações” (p.26).

A proposição do termo ‘infâncias’ traz consigo a diversidade das infâncias em termos culturais, como já apresentamos aqui. Em outra linha de pesquisa⁶, o plural do substantivo sublinha as singularidades envolvidas, tema importante, mas que não ampliaremos nesta oportunidade. E a ideia de infâncias, ao apresentar o efeito da divisão de classes sobre a experiência da criança, impõe a demanda de que, para participar como psicanalista do cuidado com crianças submetidas a diferentes contextos sociais - principalmente aqueles que Broide e Broide (2015) nomearam como situações sociais críticas, o psicanalista não pode estar desavisado dos efeitos segregadores da divisão de classes sobre a experiência do sujeito.

Na condição de psicanalistas que trabalhamos com crianças, se nos mantivermos alheios à construção da ideia de infâncias proposta e sustentada pela antropologia e pela ciência política, não estaremos em condição de escutar as crianças. Não escutaremos as crianças *matáveis*, que desafiam o ideal e ocupam sua infância cercadas por outros determinantes e articulações. E não escutaremos as crianças que, distantes dessa condição, sofrem outros efeitos da época, como, por exemplo, o fenômeno bastante grave do “emparedamento da infância”, e que implica na alarmante restrição de circulação das crianças nos espaços públicos. As experiências não estão isoladas, e por isso cabe considerar que as crianças *matáveis* e as crianças superprotegidas (trancafiadas nos ambientes com sistemas de segurança) explicitam, na oposição de atribuição de valor a suas vidas, o adoecimento e as formas de laço da atualidade, a que todos estamos submetidos.

A questão é que toda e qualquer infância se realiza na experiência política da ocupação das cidades. O lugar atribuído à alteridade e os tratamentos que imprimimos na lida com o outro são, necessariamente, decisões políticas que afetam as infâncias, e que decidem a vida das crianças. De todas as crianças, e de cada uma que pretendemos escutar.

Escutar crianças

A escuta praticada pelo psicanalista é instituinte da sua clínica. É apoiado na escuta que o psicanalista pode recolher os elementos fundamentais do seu trabalho, nos mais diversos contextos que possa atuar. Mas, sabemos, a possibilidade de escutar o outro não

⁶ Para isso ver o importante trabalho do ‘Forum Infancias’, na Argentina: Stavchansky, L. e Untoiglich, G. (2017). Infancias-entre espectros e transtornos. México: Paradiso Editores.

é prerrogativa exclusiva da clínica da psicanálise. Jornalistas escutam quando dão lugar ao que seus entrevistados experienciam (BRUM, 2006). Educadores escutam seus alunos para recolher elementos que orientem o ensino e suas práticas de cuidado nas escolas e em outros espaços (Freire, 1967) Palhaços escutam seus interlocutores para encontrar graça (DUNKER E THEBAS, 2019). Antropólogos escutam pessoas para fazer as etnografias que sustentam suas pesquisas e suas produções (COHN, 2013). Médicos também precisam escutar seus pacientes, se não quiserem reduzir o acontecimento humano às *guidelines* e protocolos.

Escutar, em todos esses casos e em vários outros, impõe uma conexão muito particular com os termos que decidem a vida daquele que tomamos como o sujeito que nos interessa. Quem escuta está atento a esses termos, ao modo como se articulam, ao sentido e ao não-sentido que assumem no contexto da vida de quem fala, e, quem escuta, para escutar, submete-se à condição de livrar-se dos conceitos preestabelecidos que possui sobre a vida e o viver. Quem escuta deve ser capaz de examinar como os termos da vida do outro se ordenam em sua particularidade. Escutar é uma experiência que se abre em relação radical com a alteridade.

Para o psicanalista, a escuta é o que sustenta sua clínica. Todo e qualquer tratamento psicanalítico tem como condição de realização, do lado do psicanalista, a escuta. Desde a formulação freudiana sobre a regra fundamental da psicanálise - a associação livre, a atenção flutuante compareceu como disposição parceira (do lado do analista), para especificar a condição básica de realização da clínica (FREUD, 1912, p. 125). Não por acaso, no artigo sobre o pequeno Hans (a primeira criança da psicanálise), Freud (1909) formula: “provisoriamente, deixaremos nosso julgamento em suspenso, e prestaremos igual atenção a tudo aquilo que se oferece à atenção”(p.21)

Na trilha freudiana, Lacan formalizou condições que tornassem possível ao analista a escuta do sujeito. Lacan também propôs operadores para isso, e entre estes está o ‘desejo do analista’: para conduzir um tratamento, o analista entra no jogo como objeto que causa a fala do sujeito, deve ser capaz de pôr o sujeito em movimento, e, para isso, obedece a condições, este é seu lugar-função⁷. A questão fundamental que aqui nos interessa, e nos obriga a essa curta incursão na teorização da clínica psicanalítica, é que, sob a perspectiva desta teoria, para que esta operação clínica seja possível, o analista precisa se deixar atravessar pelo léxico particular daquele que fala, estar atento aos seus termos, aos seus sentidos, e aberto aos seus não sentidos. A clínica psicanalítica propõe a radicalidade de que o analista intencione sua dessubjetivação (LACAN, 1975; SOLLER, 2001) ou seja, procure o

⁷ Este modo de referir ao psicanalista no trabalho clínico foi proposto por Renata Petri, em : Petri, R. (2008). *Psicanálise e Infância- clínica com crianças*. Rio de Janeiro: Cia de Freud.

esvaziamento de si, de seus conceitos sobre o viver, de sua moralidade, do seu desejo de que aquele que fala cuide da própria vida de acordo com o ideal da pessoa do analista. Sob esses termos, a escuta é, para o psicanalista, uma exigência ética. É assim que o analista trabalha: sob uma demanda de tratamento, faz com a escuta um lugar. É desde esse lugar que o sujeito toma a direção da transformação de sua experiência (DUNKER, 2017).

O psicanalista, sustentado pelo 'desejo de analista', é capaz de atravessar fronteiras e alcançar a possibilidade de escutar outros modos de vida. Sob tal condição, um psicanalista pode trabalhar com o sujeito que habita uma cultura diferente da sua, e diferente também da cultura que inventou a psicanálise, como descrevemos na experiência Clínica do Cuidado, realizada na Amazônia, com a população ribeirinha e extrativista, nas margens do rio Xingu, atingida pela Usina Hidrelétrica de Belo Monte.⁸

A radicalidade de trabalhar com a formulação do sofrimento em outra cultura impõe cuidado imediato ao psicanalista. Sua condição de estrangeiro contribui para que possa se manter curioso e atento. Para escutar, precisa livrar-se de suas crenças e certezas, caso contrário, mal compreende o que está lhe sendo dito. Neste sentido, esta experiência promove, de forma precisa, o que Dominique Fingermann (2016) referiu como a (de) formação que forma o analista.

A clínica com crianças, por seu lado, apresenta também variações importantes em relação ao que se instituiu com o padrão inaugural da psicanálise. Ainda que este texto não vá discutir os elementos desta história⁹, é importante lembrar que o encontro com a criança, para o psicanalista, tem condições muito particulares para manter a escuta em operação, nos termos aqui apontados. O modo de dizer a criança, na nossa cultura, afirma que ela, a criança, não sabe e não conhece, que não sabe de si porque ainda não conhece a cultura. Esta hipótese tem efeitos perigosos, como o de que a disciplina de cuidado com a infância, no mais das vezes, se imponha pela via da tutela. Nenhum clínico, e nenhum psicanalista, está blindado dessa construção cultural. A fragilidade desta crença será discutida adiante, mas, aqui, interessa perguntar: como seria possível escutar alguém que não supomos saber de si? Como escutar o sujeito, se nos encarregamos exclusivamente da sua tutela? Ou, em termos mais específicos: como escutar alguém que já sabemos, de antemão, o caminho certo que deve cumprir? Rosine Lefort, psicanalista francesa que trabalhou com crianças institucionalizadas no período após a Segunda Guerra Mundial, ao se dispor à clínica, deixou-se aprender que "a criança é um analisante de pleno direito"

8 Sobre isso, falei em *La clinique du soin : une intervention auprès de la population riveraine du Xingu atteinte par l'usine Belo Monte*, disponível em : <https://www.tupeuxsavoir.fr/publication/la-clinique-du-soin-une-intervention-aupres-de-la-population-riveraine-du-xingu-atteinte-par-lusine-belo-monte>

9 Para isso ver: Petri, R. (2008). *Psicanálise e Infância- clínica com crianças*. Rio de Janeiro: Cia de Freud.

(LEFORT, 1991). Com isso, trouxe à cena todos os elementos necessários para devolver o estatuto de sujeito à criança, o que, necessariamente, inclui sua relação particular com o saber, a verdade e o gozo.

As formulações da autora, porém, não blindaram o psicanalista que trabalha com crianças dos preconceitos e do entendimento de que uma criança, para se dizer, precisa que um adulto a ampare. É por isso que, para fazermos da escuta com a criança um lugar vazio, temos que saber lidar com uma construção cultural importante, justamente aquela que diz que a condição de ser em crescimento e em constituição impõe impossibilidades no campo do saber. O analista precisa enfrentar o que está posto na construção: *“crianças não sabem o que dizem”* ou que não sabem o suficiente para dizerem-se.

Marie Jean Sauret (1998), psicanalista francês, entendeu que, devido a suposições como essas, muitas vezes, a clínica com a criança foi compreendida no interior da própria psicanálise como uma “subpsicanálise”, ou uma “clínica sem ato” (p. 61). Tal abordagem da problemática interessa muito à presente discussão, pois sugere que a concepção de infância que retira da criança a relação de possibilidade com o saber, contamina a noção de sujeito da própria psicanálise, e, com isso, fragiliza a condição de realização da clínica. Com todos esses elementos dispostos, é ainda necessário compreender a resistência que age contra a sustentação de uma concepção de infância, dentro e fora da psicanálise, que dê lugar a uma específica relação da criança com o saber (o saber sobre si e também sobre o mundo que habita). Dito de outro modo: se o argumento que torna possível desconsiderar o saber da criança sobre a vida se justifica na ideia de que ela ainda não adquiriu conhecimento sobre a realidade das coisas, das relações e da cultura de forma geral, devemos enfrentar a discussão com uma pergunta direta sobre o estatuto do saber na infância: haveria alguma particularidade na relação da criança com o saber?

A criança, o sujeito e o saber

Didier-Weill (1997), psicanalista, considera que a criança mantém uma relação com o saber que difere da do adulto, o que não quer dizer que ela não saiba, mas sim, que o saber, no tempo da infância, se produz em outras bases e com outros elementos. Este recurso diferente é, para ele, a experiência subjetiva do espanto: “a experimentação de um acontecimento súbito, que detém o poder de introduzir, na continuidade do saber, a hiância súbita de uma descontinuidade” (p.17). Esta capacidade que o adulto eventualmente reencontra na relação com o esporte e com a arte, a criança tem diante da vida. E é nesse modo de se relacionar com a experiência, suportando hiância e descontinuidade, que a

criança se relaciona com o saber¹⁰. No álbum de 2015, Emicida conta uma conversa com sua filha: era uma cena trivial, eles catavam amora, e ele comenta com ela que **prefere as pretinhas**, mais doces. A menina diz o espanto: “Papai, que bom! Porque **eu sou pretinha também**”. Ele, poeta espantado, apreende: “a doçura das frutinhas sabor acalanto fez a criança alcançar sozinha a conclusão”. O saber que a experiência do espanto torna acessível à criança é, para seu pai, a conclusão sábia que comoveria Luther King, que justificaria Zumbi, é uma história que Malcom X contaria aos amigos (EMICIDA, 2015). Um saber que virou o livro *Amoras* (EMICIDA E FABRINI, 2018). Quatro anos mais tarde, no álbum *Amarelo*, o mesmo Emicida ri de si, diante de outra filha. É a criança que, bem pequena, às gargalhadas, joga com os significantes do rapper, o saber que gira o sujeito na cena, o adulto que pode escutar¹¹. Didier-Weil (1997) adverte que a relação particular com o saber que o sujeito produz no tempo da infância não se baseia em uma suposta inocência, que, aliás, apenas corroboraria a ideia de que o saber da criança não vale nada. Ao contrário, o que ele propõe é que “para além de sua inocência quanto ao saber, a criança é menos inocente que o adulto perante o real” (p.27). Ou seja, o espanto como acontecimento revela que, para o sujeito, o saber se produz, nos tempos da infância e da vida adulta, com diferentes níveis de acesso aos registros da experiência humana. A criança sabe sobre si e sobre o mundo que habita suportando as descontinuidades e as hiências que os adultos suturam com muitos recursos, e entre eles, está uma específica relação com o conhecimento.

Esta é uma discussão crucial no interior da teoria, da pesquisa e da clínica da psicanálise. É importante porque permite compreender que, na infância, a diferença de produção, acesso e relação ao saber não significa falta de saber, mas, ao contrário, é um modo de relação com a falta que acessa outros registros da experiência. Não é ingenuidade, como o senso comum faz crer. É efeito de uma abertura ao Real. Com isso, aprendemos que a psicanálise pode formular uma diferença fundamental entre o tempo da infância e a vida adulta, a partir dos modos de operar com os três registros da experiência referidos por Lacan: o Real, o Simbólico e o Imaginário. Desta forma, a teoria lacaniana permite que avancemos sobre a velha discussão no campo da psicanálise de que a diferença entre a criança e o adulto se instituiria pelo alcance de determinada fase de desenvolvimento da libido e de que o infantil, como conceito proposto por Freud (1905) pudesse ser, digamos assim, “superado”.

Para avançar sobre o objetivo da presente discussão, consideramos que o reconhecimento do estatuto do saber na infância é uma importante contribuição da psicanálise ao debate sobre as infâncias, no sentido que corrobora a importância fundamental de escutar as crianças, e o

10 Vale dizer que é “sinal dos tempos” que ainda no tempo da infância, o sujeito desista de se espantar para responder imaginariamente ao empuxo do ideal de eficiência da época

11 Veja aqui: <https://open.spotify.com/track/3aXbjjFVHC86pSZey62vbS?si=CNU8-GmgT9-rxHr1O6lqzg>

que dizem de sua relação com a experiência. É o que permite afirmar que as crianças da Maré têm a condição e a possibilidade de escrever cartas e endereçá-las ao Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro¹², para dizer, objetiva e subjetivamente, sobre o que é viver uma experiência de violação de direitos. É também o que permite ao adulto acompanhar, em todo e qualquer contexto (clínico, mas não só), a fala das crianças sobre sua experiência e prestar atenção aos acessos que seu saber pode proporcionar sobre a vida que vivemos.

Consideramos, também, que o enfrentamento de uma certa naturalização da infância, ao confrontar o achatamento da noção de sujeito contido na concepção biológica da infância, produz, como efeito, o entendimento de que, no tempo da infância, muito embora a perspectiva da maturação e do desenvolvimento estejam colocadas para a criança, não é o sujeito que se desenvolve. Este enfrentamento tem mais outro efeito significativo para o campo, pois mantém a tensão constituinte entre sujeito e época para afirmar, mais uma vez, que o sujeito não acontece fora do laço social.

Deste modo, é possível concluir que o sujeito que responde ao lugar que lhe é reservado no laço social, na infância, responde também ao lugar que é reservado à criança. Nesta perspectiva, 'criança' é o significante que conjuga os termos do desenvolvimento e as determinações da época¹³. 'Criança' é, portanto, o significante que comporta as variações de experiência em relação ao tempo de desenvolvimento e às possibilidades do corpo. Comporta, também, as diferenças de cultura e os efeitos da divisão de classes no interior de uma mesma cultura.

Assim, nestes termos, as concepções de infância, quando articuladas à noção de sujeito e à ideia de criança, permitem afirmar que, **no tempo da infância, o sujeito precisa lidar com a criança.**

O sujeito, nesta lida, responde ao lugar que lhe é atribuído: recusa, confirma, transforma. O que torna possível a realização de todas essas possibilidades é que ele não fica reduzido ao lugar que lhe é designado, porque não se reduz aos significantes que vêm do Outro. O sujeito é, ele mesmo, uma resposta à sua experiência: acontece como uma resposta do real ao significante. Como formulou Sauret (1998), "trata-se de uma resposta do real ao significante - quer ela seja feita de aceitação ou de recusa, o sujeito surge como consequência, levando a marca dessa recusa ou dessa aceitação: não há sujeito fora da

12 Para ler as cartas: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/14/politica/1565803890_702531.html

13 Cabe lembrar ainda que as determinações biológicas do desenvolvimento, por sua vez, também guardam efeitos da época, no sentido em que seu valor é decidido socialmente. Esta é uma discussão fundamental, enfrentada pelo campo da deficiência, que nos interessa, mas não será realizada nesse artigo. Para conhecer o debate veja Angelucci, B. (2014), "Medicalização das Diferenças Funcionais- continuidades nas justificativas de uma educação especial subordinada aos diagnósticos", in Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente/SP, v. 25, n. 1, p. 116-134, jan./abr. 2014

linguagem, mesmo que todo 'o real do sujeito' não passe ao significante" (p.16). O que está em jogo, por fim, é que cada sujeito lida de uma forma com o que o significante criança designa, pois trata-se sempre de uma maneira singular de se relacionar com o discurso social.

Todos os termos dessa construção interessam ao analista porque é o sujeito submetido à contingência que lida com seu lugar no campo do Outro para inventar-se. Por isso, entre as perguntas que sustentam a escuta do psicanalista, uma deve incidir, necessariamente, sobre os modos do sujeito se inventar, a cada vez, como resposta. E, diante da criança, "analisante de pleno direito", o psicanalista faz essa mesma pergunta, e interroga: como o sujeito responde à criança?

Referências

- AGAMBEN, G. (2014) *Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- BRASIL (1927). Decreto 17.943/1927. Consolida as leis de Assistência e proteção a menores.
- ____ (1990). Lei nº 8069. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências.
- ____ (1988). Constituição Federal. Título VIII (da Ordem Social). Capítulo VII, art 227.
- BROIDE, J. e BROIDE, E. (2015). *Psicanálise nas situações sociais críticas: metodologia, clínica e intervenções*. São Paulo: Escuta.
- BRUM, E. (2006). *A vida que ninguém vê*. Porto Alegre: Arquipélago
- COHN, C. (2013) "Concepções de infância e infâncias: um estado da arte da antropologia da criança no Brasil, in *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, v. 13, n.2, p.221-224. Porto Alegre.
- DIDIER-WEILL, A. (1997) *Os três tempos da lei. O mandamento siderante, a injunção do supereu e a inovação musical*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- DUNKER, C. (2017) "Teoria da transformação em psicanálise: da clínica à política", in *Revista Psicologia Política*, vol. 17, nº 40, p.569-588.
- ____ e THEBAS (2019) *O psicanalista e o Palhaço- como escutar os outros pode transformar vidas*. São Paulo: Planeta.
- EMICIDA (2015). *Amora*. in: *Sobre Crianças, Quadris, Pesadelos e Lições de Casa*, disponível em <https://open.spotify.com/album/77ye4kGcWBmzclWFiSCLjE?si=rrj9Np2tT2eTKxyUcjTlwA>.
- ____ (2019). *Amarelo*. Disponível em: <https://open.spotify.com/album/5cUY5chmS86cdonhoFdn8h?si=M5uitBLMTh-cjhnVyxElgA>
- ____ e Fabrini, A. (2018). *Amoras*. São Paulo: Companhia das Letrinhas

- FINGERMANN, D. (2016) A (de)formação do psicanalista. As condições do ato analítico. São Paulo: Editora Escuta.
- FONSECA, C. (2012) "Tecnologias globais de moralidade materna: as interseções entre ciência e política em programas "alternativos" de educação para a primeira infância", in Ciências na Vida- Antropologia da ciência em perspectiva, FONSECA, C. ROHDEN, F. e MACHADO, P.S. (orgs). São Paulo: Terceiro Nome, p. 253-276.
- _____ e CARDARELLO, A. (1999) Direitos dos Mais e Menos HUMANOS. In Horizontes antropológicos, ano 5, n10, p. 83-121.
- FREIRE, P. (1967) Educação como prática de liberdade. São Paulo: Record, 2017.
- FREUD, S. (1912) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. in Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XII, p. 121-134, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1909). Duas Histórias Clínicas (o Pequeno Hans e o Homem dos Ratos) in Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996
- HANSEN, L. (2006) "A invenção da criança", in Revista Mente e Cérebro. A mente do Bebê - o fascinante processo de formação do cérebro e da personalidade. Rio de Janeiro: Duetto, v. 4, pg. 74-81.
- IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e FBSP Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2019) Atlas da Violência. Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.
- JOIN FORCES (2019) Child Rights Now – Análise de da Situação dos Direitos da Criança no Brasil. disponível em <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/7/art20190710-09.pdf>
- LACAN, J. (1953) Função e campo da fala e da linguagem. in Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.
- _____. (1958) A direção do tratamento e os princípios de seu poder, in Escritos. p.591-652. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.
- _____. (1975) Sobre el passe, in Ornicar? 1, Espanha, 1975, 1981. disponível em <http://psicoanalysis.org/lacan/passe-b.htm>
- LEFORT, R & R. (1991) Introdução à Jornada de Estudos do CEREDA. in Miller, J. (org), A criança no discurso analítico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LEVI, P. (1953) É isso um homem?, Rio de janeiro: Rocco, 1998.
- PETRI, R.(2008) Psicanálise e Infância: clínica com crianças. Rio de Janeiro: Cia de Freud.
- RIZINI, I., NEUMANN, M., CISNEROS, A. (2009) Estudos contemporâneos sobre a infância e paradigmas de direitos. Reflexões com base nas vozes de crianças e adolescentes em situação de rua no Rio de Janeiro. in O social em questão- revista do programa de pós graduação em Serviço Social da PUC/RJ, p.1-13.
- SALVADORI, F. (2019) No país em que ser criança é coisa de branco. Disponível em: <https://racismoambiental.net.br/2019/09/24/no-pais-onde-ser-crianca-e-coisa-de-branco/>
- SAURET, M-J. (1998) O infantil e a estrutura. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise.
- SOLER, C. (2001) Que se espera del psicoanalysis e del psicoanalista? Buenos Aires: Letra Viva.
- _____. (2018) O que resta da infância. São Paulo: Editora Escuta.

8. MILITÂNCIAS DE FAMILIARES DE AUTISTAS E A ECONOMIA POLÍTICA DA ESPERANÇA NO BRASIL DE 2019

Ricardo Arantes Lugon

Barbara Costa Andrada

“Eu fui achando que o governo ia usar a minha imagem para amenizar o ‘não’ para a comunidade autista, para eu ser um ‘porta-voz’ das más notícias, porque o Bolsonaro já tinha tuitado que não achava bom, a presidente do IBGE era contra, mas fomos lá ao gabinete.

Bolsonaro olhou para mim e falou:

– Mion, o que você veio fazer aqui?

– Vim representar a minha comunidade.

– O que a comunidade quer?

Nunca poderia imaginar, mas o presidente jogou a decisão para a minha mão. Eu poderia tomar a decisão que maioria queria, de não colocar no Censo, colocar na PNAD, e agradar à maioria dos políticos e profissionais que estavam lá, ou eu poderia representar a comunidade autista – afirmou. Falei:

– Presidente, se você quer realmente pegar essas milhares de famílias no colo e fazer o que a comunidade quer você vai sancionar essa lei.

Deu um silêncio na mesa, porque estávamos há duas horas conversando e chegado à conclusão de que não ia ser no Censo, mas a comunidade autista queria o Censo. Falei:

É isso que você tem que fazer.

Ele falou:

- Então tá bom, qual é o próximo assunto?”.

Em agosto de 2019, a interveniência de um apresentador de TV, outrora ícone da MTV nos anos 1990, foi determinante na mudança de decisão de um presidente de extrema-direita que se encaminhava para vetar um Projeto de Lei (PL 6575/2016) aprovado na Câmara e no Senado o qual previa a inclusão no censo do IBGE, a partir de 2020, de um item que possibilitasse uma estimativa do número de autistas no Brasil (BRASIL, 2016, 2019a). Tomamos esta cena contemporânea (que será detalhada adiante) como disparador para um debate sobre a economia política da esperança (DEL VECCHIO-GOOD et al., 1990; NOVAS, 2006; PETERSEN, 2015) e o campo do autismo no Brasil. Examinaremos as estratégias biopolíticas de grupos de ativismo por direitos dos autistas no Brasil e seus enlaces com o jogo de forças no poder Legislativo, visando destacar os efeitos do agenciamento da esperança sobre a produção de normas legais além da coprodução de

ofertas e demandas em um mercado mobilizado por esperanças variadas: de protocolos de detecção e intervenção precoces, de “cura”, de tratamento especializado em serviços exclusivos, de direitos especiais... Analisaremos dois processos: a tramitação de uma lei aprovada em 2017 e os passos finais de uma lei sancionada em 2019 em torno da inclusão do autismo no censo do IBGE em busca dos alguns argumentos, movimentos, alianças e rupturas que fundam cada proposição legislativa. Nosso objetivo é indicar as contradições de tais propostas no que tange à norma constitucional vigente sobre direitos das pessoas com deficiência no país, que desde 2008 tem a Convenção da sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) - e seu protocolo facultativo - incorporados à Constituição Federal e cujas determinações foram posteriormente detalhadas na Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2008; 2009; 2015a; ONU, 2007).

Ao longo das últimas décadas, temos observado, tanto no panorama nacional como internacional, um importante movimento de coletivos na luta por direitos, benefícios e tratamentos específicos a partir da necessidade de reconhecimento médico/jurídico/identitário de determinadas condições reconhecidas e diagnosticadas a partir do campo da saúde (BIEHL, 2007; EPSTEIN, 1996; GOHN, 2010; NUNES & ORTEGA, 2016; PETRYNA, 2002; ROSE & NOVAS, 2005). Esses “novos movimentos sociais em saúde” (BROWN et al., 2004) se configuram como grupos de articulação e protagonismo próprios, relativamente heterogêneos entre si, sem o antecedente de um movimento politizado de profissionais/experts. Mais ainda, a força desses movimentos é a valorização da experiência compartilhada de doenças ou deficiências alçada ao status de uma expertise em torno de decisões políticas. Tais decisões sempre buscam a ampliação e/ou a garantia de direitos dos quais estes grupos se encontram historicamente alijados. No entanto, a mobilização em torno da esperança por direitos pode, em alguns casos, levar à proposição de intervenções e metodologias – educacionais, terapêuticas e diagnósticas – que tensionam e desafiam os saberes científico e tecnocrático nas tomadas de decisões políticas (NUNES & ORTEGA, 2016; RIOS & CAMARGO JR., 2019). Nas condições controversas, a construção de consensos e acordos sobre os rumos que as políticas públicas devem tomar resultam de hibridismos deveras interessantes entre a esperança – ou trajetórias de desapontamento e frustração destes familiares protagonistas – e o que emerge das diferentes frentes de discursividades científicas que se organizam em torno do tema do autismo, seja a psicanálise, seja as neurociências hard, seja uma “educação baseada em evidências”. As justificativas dos diferentes projetos de lei em tramitação tecem tramas interessantes, das quais analisaremos duas situações.

No campo do autismo, de maneira mais tardia, também podemos observar o crescimento das vozes das militâncias, que, sob as lentes de Hacking (2015) apontam a ruptura com o dualismo clássico “pessoas sobre quem se saberá” versus “sabedores” ou

em outra perspectiva dos “doentes” daqueles que os ajudarão a melhorar ou pelo menos levar a vida.

“[...] só posso dizer que o autismo é uma história impressionante da criação e moldagem de uma nova classificação que caminhou de mãos dadas com a criação e moldagem das pessoas que se fizeram enquadrar nesta classificação. Há um efeito rebote [looping effect] recursivo extraordinário entre a categoria (classificação) do autismo e as pessoas autistas [...]. Além disso, o autismo ainda não é algo definitivo que os cientistas estão tentando descobrir, é um ‘alvo em movimento’.” (HACKING, 2015, p. 329, tradução nossa). No autismo, algumas figuras-chave na pesquisa ao longo de várias décadas, sobretudo as que esculpiram o diagnóstico, ou eram especialista que basearam seu trabalho em uma aliança com familiares de autistas ou tinham envolvimento familiar muito próximo com crianças autistas, sendo este o ponto a partir do qual se tornaram especialistas em autismo - por exemplo, Bernard Rimland e Lorna Wing (HACKING, 2015).

Como em outras partes do mundo, no Brasil a experiência pessoal com autismo tornou-se uma característica central na construção da autoridade epistêmica destes ativistas no campo (bio)político do autismo - o qual é marcado por disputas explícitas sobre abordagens terapêuticas e pedagógicas. Porém, há um nível velado nesses embates, que se desenrola em torno da expertise política, envolvendo a representatividade e a legitimação de jurisdição de determinados atores sociais para a proposição de políticas públicas para o autismo. Os efeitos desta autoridade epistêmica a partir da expertise leiga podem ser observados inclusive nas redações das leis. A Lei 12.764/2012 (BRASIL, 2012) - fruto do intenso protagonismo de pais e mães ativistas é compreendida por diferentes grupos de familiares ativistas como um verdadeiro “troféu” que valida a experiência privada de “ter um autista em casa”, transformando-a em um vetor de luta política em diferentes frentes: saúde, educação, assistência, transporte público etc (COSTA ANDRADA, 2017; NUNES & ORTEGA, 2016; RIOS & CAMARGO JR., 2019).

Mundo, vasto mundo...

Em terras tropicais, o cenário em torno do autismo é bastante complexo e envolve associações de ativismo por direitos de pessoas com autismo (tanto de familiares como de autistas/ativistas) e coletivos de profissionais em diversas leituras sobre a etiologia com adesões e filiações teóricas num vasto espectro. O toque brasileiro dessa configuração é marcado pelo modo como expertises leigas e técnicas se combinam (ou se repelem), produzindo disputas narrativas nas proposições legislativas de políticas públicas (NUNES & ORTEGA, 2016; RIOS & COSTA ANDRADA, 2015; RIOS & CAMARGO JR., 2019).

No que tange à especificidade local, destacamos dois marcos históricos e epistêmicos acerca da configuração atual do campo político do autismo no país:

1) A fundação, em 1983, da Associação de Amigos do Autista (AMA), a primeira associação da sociedade civil voltada para o autismo. Criada e dirigida por mães e pais de crianças com autismo, a AMA foi uma resposta à escassez de serviços especializados e à ausência de políticas públicas voltados para a assistência aos autistas na época, e até hoje é um agente social relevante para o campo. Combinando ativismo de familiares, atendimento educacional e terapêutico para autistas, e capacitação técnica para profissionais, a AMA se consolidou como um modelo para o associacionismo e ativismo por direitos de pessoas com autismo no Brasil. Também foi a porta de entrada de intervenções “especializadas”, a partir de parcerias com institutos de pesquisa internacionais que trabalhavam com métodos comportamentais – notadamente TEACCH e ABA . Ademais, a atual mobilização por parte de familiares ativistas de conhecimentos científicos e práticas de cuidado produzidos em outros países têm origem na AMA. O agenciamento de conhecimentos e práticas estrangeiras é hoje a principal bandeira na proposição de políticas públicas por parte de grupos de familiares ativistas que, paradoxalmente, desconsidera o contexto brasileiro de desinvestimento em produção científica, recursos humanos, redes de serviços e dispositivos de financiamento (RIOS & CAMARGO JR., 2019).

2) A presença da psicanálise de orientação lacaniana no campo da saúde mental pública, que já nos anos 1990 inicia a proposição de dispositivos de atenção diária a crianças e adolescentes “autistas e psicóticos”. Tais dispositivos funcionavam em diferentes configurações de serviços com capilaridade junto a iniciativas e projetos de pesquisa em universidades, sejam ligados a clínicas escola , sejam em polos pioneiros da Reforma Psiquiátrica (FELDMAN, 2018; RIBEIRO & GOMES, 1999). O capital epistêmico destas iniciativas se faz presente, na década seguinte, na produção de políticas e dispositivos de saúde mental para crianças e adolescentes: a perspectiva teórica da psicanálise é notada inclusive no documento oficial “Caminhos para uma Política...” (BRASIL, 2005) e também na proposição dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (Capsi) instituídos pela portaria GM/MS/336 de 2002 (BRASIL, 2002).

Ao longo da primeira década do nosso milênio, o surgimento de centenas de coletivos de ativismo por direitos, conscientização e de orgulho da condição autista complexifica o cenário de disputas de modalidades de expertise de cuidado. A configuração geral desses embates no Brasil tem de um lado, grupos de pais reivindicando tratamentos especializados, e de outro, profissionais ligados ao campo da Saúde Mental defendendo redes de cuidado articuladas e uma forma de cuidado não orientada pela especialização em torno desta ou daquela patologia. Costa Andrada (2017) situa essa polarização em termos de disputa expertise política sobre representatividade e legitimação de jurisdição de determinados atores sociais quanto à proposição de políticas públicas para o autismo.

Assim, a questão maior dos debates em torno do autismo no Brasil se desloca de “qual é a técnica terapêutica a ser usada para o manejo do autismo no âmbito do SUS?” para se tornar uma discussão sobre quem pode – ou não – “jogar o jogo” no campo político (BOURDIEU, 2011). Refinando a pergunta, “quem pode decidir os caminhos das políticas públicas para o autismo no país?” A influência dos campos políticos e suas matrizes tecnológicas é uma dimensão central na proposição de políticas públicas para o autismo no Brasil, e restou elidida de debates internacionais como o de Eyal e colaboradores (2010) acerca da expansão dos diagnósticos de autismo e o engendramento de modelos de serviços e redes de expertise em diferentes partes do mundo. Ou seja, há aspectos locais no desenho das políticas públicas para o autismo no país para os quais as querelas importam mais que noções teórico-clínicas.

Trazemos para este debate o conceito de economia política da esperança (DEL VECCHIO-GOOD et al., 1990) visando operacionalizar a análise de estratégias atuais em torno do autismo no Brasil. Originário do campo estadunidense da antropologia da saúde, o conceito foi forjado a partir de uma investigação do enredamento entre atores sociais, saberes, interpretações culturais, tecnologias, afetos, mercados e financiamento em torno do tratamento câncer naquele país. Ao analisar o campo da oncologia entre os anos 1970-1990, Del Vecchio e colaboradores (1990, p. 60) assim definiram as conexões e influências mútuas que identificaram entre “instituições de pesquisa e tratamento, [...] padrões de disponibilidade e promoção de terapias específicas anticâncer, busca por tratamento e cura por pacientes e suas famílias, e normas de revelação de informações”. A economia política da esperança mobiliza e engendra redes de cuidados, produção de saberes e um complexo médico industrial em torno da pesquisa e tratamento do câncer no contexto estadunidense.

Carlos Novas (2006) aponta a centralidade da esperança nas ações de ativismo de coletivos envolvidos na reivindicação de direitos no campo da saúde:

“Para aqueles afetados por uma gama de patologias humanas, a esperança investida na ciência não se trata apenas uma aspiração mas pode ser pensada como dotada de materialidade econômica e política que busca concretizar as possibilidades futuras inerentes à ciência do presente. Esse campo de atividade pode ser caracterizado como uma economia política de esperança na qual tornar-se conhecedor sobre ciência, juntamente ao ativismo, captação de recursos e aumento da conscientização de uma doença em particular, são locais significativos para ajudar a realizar os objetos das esperanças individuais e coletivas.”(p. 289, tradução nossa).

Retomamos aqui o conceito de economia política da esperança para discutir a peculiaridade do contexto do brasileiro sobre o autismo – a saber, um engendramento de

mercados que não se faz centralizado em torno de “produtos” com biovalor, como sangue e hemoderivados, gametas, patentes de DNA (CASTRO, 2018). Os produtos economicamente rentáveis no campo do autismo (ainda) não são compostos celulares e tecidos orgânicos que transitam entre corpos humanos, mas elementos-chave nas economias contemporâneas: cliques, page views, compartilhamentos, lives, likes, ofertas de cursos, capacitações e sistemas de amplificação e circulação das expertises.

Castro (2018) situa a perspectiva da economia política da esperança no Brasil apontando que os coletivos ou famílias envolvidos na militância dedicam pouca energia para atividades relativas ao desenvolvimento de pesquisas científicas (AURELIANO, 2015), preferindo investir suas forças para interpelar órgãos públicos com vistas à elaboração, implementação e aperfeiçoamento de políticas públicas de saúde e assistência social sensíveis às suas condições de saúde (GRUDZINSKI, 2013; VALLE, 2013). O que temos observado é um movimento de importação de discursos, tecnologias e práticas de cuidado produzidos sobretudo nos EUA, absolutamente descolados de seu contexto sociocultural e dos processos que levaram a seu surgimento. No amplo espectro de ofertas que se faz às famílias de autistas, vemos por exemplo o anúncio de protocolos de detecção estrangeiros como instrumentos de rastreio universal – desconsiderando os usos para o qual cada instrumento foi produzido. Mais que uma obra imaginativa, Novas (2006) fala que a esperança que mobiliza uma economia política específica consiste em uma obra política onde “a esperança é materializada através de um conjunto de práticas sociais” (p. 290).

Risco psíquico ou diagnóstico precoce de autismo?

Deslizes e deslizamentos semânticos

A Lei 13.438/2017 (BRASIL, 2017a) conhecida sob dupla alcunha - “lei do risco psíquico” e “lei de detecção [precoce] do autismo” - pode ser lida como um caso explícito da mobilização de uma economia política de esperanças desde a sua proposição e por toda a sua tramitação. O protagonista dos passos decisivos para a sua votação final é simultaneamente pai de um menino autista e detentor de capital político (deputado federal). A ambiguidade na nomeação dessa lei não é casual e tem relação com as motivações privadas de seus proponentes. Importante destacar que este texto legal materializa uma peculiar aliança entre figuras-chave que, até então, se punham em campos discursivos opostos nos debates em torno do autismo no Brasil. De um lado, alguns profissionais defensores de leituras psicanalíticas de orientação lacaniana e, de outro, grupos de familiares de autistas que atuam em defesa de práticas e instituições especializadas para autistas uniram-se para fazer caber um protocolo apoiado em concepções psicanalíticas como ferramenta única de aplicação obrigatória a todas as crianças abaixo de 18 meses. Uma vez sancionada, a

lei atenderia a um mercado de cursos de capacitação e de serviços de aplicação do dito protocolo, ainda que se apresentasse como uma norma de interesse público, respondendo às esperanças de diversos grupos de ativismo em autismo por acesso ao diagnóstico e a intervenções precoces. “Novas esperanças para os autistas” são anunciadas em jornais de grande circulação (JERUSALINSKY A.N., 2017; JERUSALINSKY J., 2017).

Sua história começa em 2011 com a proposição do PLS 451/2011 pela senadora Angela Portela (BRASIL, 2011a). Na justificativa do projeto, a senadora explicita essa relação informando que

“Dispõe-se, atualmente, de um protocolo desenvolvido por especialistas brasileiros e validado em nossos serviços de saúde que, se aplicado a crianças nos primeiros dezoito meses de vida, em consulta pediátrica de rotina, facilita a detecção de riscos para o desenvolvimento psíquico infantil [...] Esta é a razão pela qual submetemos a esta Casa Legislativa proposição que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para tornar obrigatória a adoção, pelo Sistema Único de Saúde, do Protocolo IRDI ou de outro instrumento construído com a mesma finalidade.”

Nomeado o protocolo que engendra a criação da lei, outras pistas vão convergindo para sua historiografia. A partir do texto do PLS 451/2011, utilizamos uma metodologia combinada de etnografia de documentos e etnografia virtual para levantar os contextos de produção e de circulação de tal proposição. Nesse processo, mapeamos os mentores intelectuais da proposição, seus agentes de acesso ao legislativo e de lobby parlamentar, grupos de apoiadores e influenciadores em redes sociais, bem como atores sociais que não estavam inicialmente envolvidos na proposição, mas que encontraram na aprovação dessa lei a legitimação para ampliar sua participação no crescente mercado de bens e serviços em torno no autismo. Mas não vamos nos apressar; retomemos aqui a história da “lei do risco psíquico/detecção de autismo” a partir de sua origem. Com a palavra, o psicanalista Alfredo Jerusalinsky:

“Tomei, então, a iniciativa de propor um projeto de lei que levasse esse instrumento [IRDI] a um uso generalizado, e não meramente casual. E, de fato, após a validação, foi o que começou a acontecer: em poucos meses foram mais de 60 as instituições clínicas que passaram a utilizá-lo em diferentes regiões. A senadora do Congresso Nacional Ângela Portela (PT/Roraima) se dispôs a formular o projeto em termos jurídicos.” (JERUSALINSKY A.N., 2014, p. 187)

Sua tramitação passou por ambas as casas legislativas no período de 2011 a 2017. Em 2013, já na Câmara dos Deputados e com nova designação – PL 5501/2013 – foi apensado a outra proposição, mais ampla, que versava sobre medicalização na infância e Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e desapensado posteriormente para tomar fôlego para sua aprovação e sanção presidencial. Dignos de nota são os dois pareceres contrários

à proposição, elaborados pela área técnica do Ministério da Saúde. O primeiro deles, de 17/10/2011 (BRASIL, 2011b), informa de maneira breve que:

“[...] já há vários instrumentos e protocolos, alguns de autoria do próprio Ministério da Saúde, para apoiar a avaliação neuropsíquica da criança, sendo que esta deve ser parte integrante de cada uma das consultas de acompanhamento de puericultura.”

O segundo parecer, datado de 10/04/2017, é bem mais extenso e também se posiciona pela rejeição total ao projeto, afirmando a primazia da Caderneta de Saúde da Criança como ferramenta privilegiada de acompanhamento da saúde da criança (BRASIL, 2017b). O que ocorreu, então, para que tais pareceres técnicos fossem desconsiderados?

Para compreendermos o que faz um parlamento levar adiante um PL com dois pareceres contrários do ministério diretamente envolvido, recorremos à economia política da esperança como chave para compreensão das decisões tomadas no nível macro. Em 24 de novembro de 2015, ocorre um encontro entre um lobista do IRDI e do PL 5501/2013, uma mãe de autista e assessora parlamentar, e o deputado que futuramente viabilizaria sua aprovação em uma Lei Ordinária. Era uma audiência pública na Câmara dos Deputados sobre uso de psicofármacos em crianças e adolescentes, coincidente com o lançamento do livro “O Autismo tem Cura” (MENDINA, 2015), que narra o processo de “cura” do filho da autora pela psicanálise. Mendina, além de autora e mãe de um rapaz autista “curado” por um dos desenvolvedores do IRDI, era então assessora da parlamentar que convocara a audiência, na qual o supracitado deputado atendia na condição de ouvinte. Comovido, Delegado Francischini conta de seus impasses com o filho recém-diagnosticado com autismo, ao se dirigir a Bernardo Martinez, adolescente autista que acabava de narrar sua história

“[...] -Bernardo, eu tenho um Bernardo igual a você, de 5 anos, com TDAH e espectro autista. Vendo você falar, dá esperança, dá esperança. (O orador se emociona.) [...] Eu estive com o Dr. Gadia, no Miami Children’s Hospital, conhecendo o protocolo americano da primeira infância com o pediatra, e talvez seja a nossa saída, simples e muito barata, como todos já disseram, para que possamos trazer para a saúde pública.” (BRASIL, 2015b, grifo nosso).

Este parlamentar ligado historicamente à bancada temática da segurança – e pai emocionado e esperançoso – acaba por abraçar a causa de viabilizar, entre fins de 2015 até as vésperas do dia mundial sobre conscientização do autismo em 2017, a votação em regime de urgência do PL 5501/2013. O próprio parlamentar conta a história desta etapa final da tramitação, num evento alusivo ao dia internacional de conscientização sobre o autismo na Assembleia Legislativa do Paraná:

“Para nossa surpresa a repercussão estava sendo tão positiva naquela noite que eles me nomearam, um minuto depois da votação da urgência, para ser o Relator do Projeto em Plenário. E eu falava para minha assessoria: -Como é que vou relatar um Projeto em Plenário de boca? De boca não tem papel para te orientar, não ter lido o Projeto na sua fundamentação teórica e científica. E, mesmo assim, fizemos a defesa e conseguimos mais um feito, aprovamos o mérito por unanimidade do Plenário da Câmara, de novo, de A a Z. Subiam na tribuna Deputados Federais do PSDB, intercalados com PSOL, com PT, todos defendendo o Projeto, e ele acabou aprovado e nos próximos dias deve ser sancionado pelo Presidente Michel Temer. Já temos indicativo do Ministro Ricardo Barros que está trabalhando por essa sanção.” (PARANÁ, 2017, grifo nosso).

A sanção já parecia garantida e Francischini, neste mesmo evento, se dirige à então vice governadora do Estado do Paraná.

DEPUTADO FEDERAL FERNANDO FRANCISCHINI: Posso contar com a Vice-Governadora, que é esposa do nosso Ministro da Saúde, que dizem que as esposas em casa fazem um trabalho melhor que fazemos na política durante o dia, para levar o nosso Ministro da Saúde para sanção dessa Lei e para regulamentação pelo Sistema Único de Saúde. Posso contar com a Vice-Governadora?

SR. ^a VICE-GOVERNADORA CIDA BORGHETTI: Responde o que respondi para você na mesma hora, há uma semana.

DEPUTADO FEDERAL FERNANDO FRANCISCHINI: Com certeza. (Aplausos.).

SR. ^a VICE-GOVERNADORA CIDA BORGHETTI: Claro que sim. (Aplausos). (PARANÁ, 2017, negrito no original).

O movimento de sincronicidade entre a aprovação da lei em regime de urgência e a semana conscientização do autismo não foi apenas temporal; foi também semântico. E por que não dizer, político e econômico. O sentido colocado para a 13438 como uma lei que garantisse a detecção e prevenção do autismo é decorrente deste processo particular e contextual, e não de um consenso cientificamente acordado e democraticamente construído.

A aprovação da lei colocou ainda um importante impasse na regulamentação. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) logo se manifesta sinalizando o M-CHAT (SBP, 2017a) como ferramenta para triagem após 18 meses, tendo posteriormente modificado o entendimento quanto ao instrumento a ser empregado no contexto da Lei 13.438/17 (SBP, 2017b). O operador desta mudança de entendimento da SBP foram os consensos construídos a partir de uma oficina, realizada somente no final de setembro de 2017, às vésperas da entrada da lei em vigor, com o “objetivo discutir os impactos desta lei e alinhar consensos para fortalecer a vigilância do desenvolvimento, a promoção e o cuidado da primeira infância no contexto da Lei 13.438/2017” (BRASIL, 2017c). Convocada pelo

Ministério da Saúde, esta oficina reuniu representantes de diferentes coletivos da sociedade civil, institutos de pesquisa, entidades de classe e sociedades científicas. Os consensos ali produzidos estão firmados em uma nota técnica do MS (BRASIL, 2017c) que recomenda o uso da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento validado para a identificação de problemas no desenvolvimento das crianças, e não outro protocolo ou indicador.

Do rastreamento para o censo

O tema do autismo dentro do parlamento passa a ganhar grande visibilidade no final da primeira década do nosso século, de modo que, atualmente, tramitam mais de duas dezenas de projetos de lei, a partir de congressistas cujo espectro de filiação ideológica parece ser mais largo que o próprio espectro do autismo.

Um *modus operandi* muito particular ganha força nesse cenário: ao contrário das políticas afirmativas onde os protagonistas são os próprios sujeitos (movimento negro, movimento feminista), nas cruzadas de conscientização sobre o autismo, ocupam a cena os pais de autistas, “especialistas em seus próprios filhos” e autolegitimados para propor políticas públicas por e para seus filhos. Ainda que se afirmando sob o manto protetivo da CDPD (já que a partir da lei 12764/12 o autista é entendido em condição equivalente de PCD), trai-se a mudança de paradigma e reafirma-se o modelo biomédico (e as práticas segregativas) na forma de possibilidade de “direito de escolha” e a previsão de “direitos especiais” visando à manutenção do modelo da integração em oposição aos princípios da inclusão e da universalidade de direitos sustentados pela CDPD.

Com o fortalecimento de instituições ligadas ao tema do autismo, um novo capital político passa a ser vislumbrado por estes coletivos. A pergunta “quantos autistas existem no Brasil” passa a ecoar nas redes sociais e corredores do parlamento. O número esperado, na escala dos milhões, seria o trunfo articulador de orçamentos volumosos e garantia de visibilidade ao tema. Cabe ressaltar que as taxas estimadas por instituições estadunidenses na ordem de 1 para menos de 100 habitantes (BAIO et al., 2014) acabam sendo repetidas em terras tropicais (JERUSALINSKY A.N., 2017), na tentativa de se atingir valores estratosféricos com interesses voltados a estratégias mercadológicas. Na ausência de pesquisas epidemiológicas que estimassem a prevalência do autismo no Brasil, o caminho encontrado foi sugerir a um parlamentar que propusesse um PL (no caso o PL 6575/2016 de autoria de Carmen Zanotto PPS/SC) apontando ao Censo do IBGE este levantamento. O texto que justifica a sua proposição apresenta seus argumentos:

“No entanto, as políticas públicas ainda não se adaptaram à nova realidade, nem na educação, nem na saúde ou na assistência social, o que na prática nega-lhes o exercício pleno da cidadania. Talvez, o principal fator para essa omissão do Estado seja a inexistência de dados oficiais acerca do autismo, não se sabe quantos autistas vivem no país, sua realidade socioeconômica e as barreiras por eles enfrentadas. A ausência desse dado se constitui em grande obstáculo a adoção de políticas públicas, pois, não conhecer a realidade implica desconhecer as reais causas dos problemas sociais, as pessoas que os enfrentam, o que impede ações eficazes, pois resta impossível, sem dados, mensurar os resultados as ações do Estado. Assim, até os gestores bem-intencionados encontram dificuldade em cumprir a lei e garantir os direitos dos autistas na sociedade.” (BRASIL, 2016, grifo nosso).

Em tempos de política liberal e medidas de austeridade econômica, parecia pouco provável a sanção de tal lei seja do ponto de vista econômico, seja do ponto de vista técnico, cujos argumentos epidemiológicos e demográficos sequer chegaram a fazer parte das discussões. No calor do debate, nos dias que antecederam a sanção presidencial, a presidente do IBGE vai às redes sociais (em franca sintonia com o zeitgeist de 2019 de uso das redes sociais como ferramenta oficial de comunicação do governo) e publica um vídeo onde fornece argumentos técnicos. Susana Cordeiro Guerra propõe que o tema do autismo fosse colocado na PNAD contínua, “que é nossa pesquisa de maior detalhamento” cujos resultados seriam divulgados ainda antes do Censo e com maior periodicidade, além de uma “adesão aos padrões e normas internacionais de levantamento destas condições”. O próprio Presidente da República, em uma conversa às portas do palácio do Planalto com repórteres e militantes, reforça a posição pró-veto com dois argumentos. O primeiro deles, de ordem econômica em um cálculo rápido e grosseiro, o mandatário estima impacto da ordem de 24 bilhões ao ano às contas públicas caso estes autistas passassem a receber o Benefício de Prestação Continuada. O segundo argumento é justamente sobre “a pessoa que vai fazer o censo, qual é o preparo dela pra dizer se a pessoa é autista ou não, se vai acreditar ou não no pai” acrescentando sua preocupação em relação às fraudes que poderiam ocorrer.

Notemos que – ainda que operando sob a tutela dos dispositivos legais voltados à pessoa com deficiência – não há menção em momento algum do trâmite parlamentar nas duas casas legislativas aos padrões e normas internacionais destacados pela presidente do IBGE. Falamos aqui dos trabalhos do Washington Group on Disability Statistics (WG) constituído para responder às necessidades de medidas populacionais de deficiência que possam ser comparadas entre países. Seu mandato envolve a promoção e coordenação de cooperações internacionais na área de estatísticas da saúde focando em ferramenta de coleta de dados adequados sobre deficiência para censos e inquéritos nacionais. Houve uma única manifestação nesse sentido a partir da instituição de selfadvocacy Associação

Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA), que em nota pública afirma seu posicionamento em defesa desta metodologia (SANTANA, 2019). Numa clara violação do princípio nada sobre nós sem nós, seus argumentos técnicos e perspectivas experienciais do autismo em primeira pessoa não foram considerados pelo poder público como representativos da comunidade autista no país.

O cenário, desta forma, parecia encaminhar-se a um veto presidencial. Que não ocorreu. A interveniência de um artista de televisão, pai de um autista e “representante da comunidade autista”, relatada na epígrafe do artigo, muda o cenário e induz o presidente a sancionar a lei em questão. Marcos Mion, outrora VJ da MTV, intercede e coloca o autismo no censo, e instaura um imbroglío que os próximos meses e anos conhecerão.

Economias, esperanças e militâncias

A proposta deste capítulo foi trazer debater a perspectiva de Novas (2006) e Petersen (2015) sobre a economia política da esperança nos domínios da saúde e das ofertas de tecnologias no campo do autismo a partir da etnografia documental de textos legais. Reconhecemos as pistas da permeabilidade desta perspectiva a partir da análise dos processos de proposição e aprovação de duas leis ordinárias relacionadas ao tema do autismo. O fato de um parlamentar levar a plenário um texto do qual sequer conhecia a fundamentação técnica e científica (conforme o grifo na citação) e o tensionamento com duas importantes frentes argumentativas simultâneas – ajustes fiscais em discursos de austeridade econômica e as posições técnicas ligadas ao censo, formuladas por organismos internacionais – demonstram que a retórica da esperança teve peso maior do que os argumentos técnicos nos casos em questão. Ian Hacking (2015) é bastante esclarecedor aqui

“Uma das causas das cisões nos movimentos é que muitos pais acham que têm um filho feliz e normal, a quem passaram a amar cada vez mais, e então algo dá errado. Desesperados por ajuda, abraçam todo tipo de panaceia. Para cada panaceia existe uma história de sucesso e também falhas em abundância (p. 335, tradução nossa)

A peculiaridade tropical desta perspectiva, diferentemente do que Novas (2006) propõe, não envolve material corpóreo (células, DNA, tecidos etc) como material biocapitalizado. A disputa por expertise e representatividade produzem, no cenário de uso massivo de redes sociais em tempos de ressurgimento global dos governos de extrema direita, arenas de árduos e viscerais debates e disseminação de boatos e informações de consistência duvidosa. A identidade “pai de autista/ativista” (muito potente para mobilizar afetos e, com isso, auferir legitimidade para ocupar posições no jogo político) se sobrepõe tanto ao lugar de saber formal (profissionais, pesquisadores, “a presidente do IBGE”),

como aos argumentos e à experiência de grupos de autistas ativistas (selfadvocates) nos tensionamentos que vão delineando as políticas públicas. A condição de “especialistas em seus próprios filhos” toma premência no debate, desloca o lugar do saber técnico-científico, e a dimensão experiencial do autismo em primeira pessoa da discussão. O pior, esses pais nem percebem, é que suas esperanças por vezes acabam por engendrar um mercado de “soluções” - dados demográficos, protocolos de detecção, intervenções, cursos de capacitação, leis etc - que, por prescindir do devido arcabouço técnico-científico, visam apenas capturá-los em um mercado de serviços que não necessariamente atende às necessidades de seus filhos ou lhes assegura os direitos previstos no ordenamento jurídico.

Referências bibliográficas

- AURELIANO, W. A. Health and the Value of Inheritance: The meanings surrounding a rare genetic disease. *Vibrant, Virtual Braz. Anthr.*, Brasília, v. 12, n. 1, p. 109-140, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-43412015000100109&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-43412015v12n1p109>.
- BAIO, J. et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR. Surveillance Summaries*, 67(n. SS-6):1-23. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>. Acesso em: 20 out. 2019.
- BIEHL, J. Pharmaceuticalization: AIDS Treatment and Global Health Politics. *Anthropological Quarterly*. Washington, DC, v. 80, n. 4, p. 1083-1126, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236756250_Pharmaceuticalization_AIDS_Treatment_and_Global_Health_Politics. Acesso em: 20 out. 2019.
- BOURDIEU, P. O campo político. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.*, Brasília, n. 5, p. 193-216, jul. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522011000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-33522011000100008>.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.861, de 18 de julho de 2019. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos. *Diário Oficial da União - Seção 1*, p. 1 (Publicação Original). Brasília, DF: 19 jul. 2019a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2019/lei-13861-18-julho-2019-788841-publicacaooriginal-158748-pl.html>. Acesso em: 20 out. 2019.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei - PL 3933/2019, de 09 de julho de 2019. Dispõe sobre a instalação de Centros de Referência Especializados no Atendimento Integral às pessoas com Transtorno do Espectro Autista e Síndrome de Down. Relatora: Dep. Carla Zambelli. Brasília, DF: 2019b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2211367>. Acesso em: 20 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Formulário de Posicionamento sobre Proposição Legislativa, datado de 10 abr. 2017b. Mimeo. Documento

obtido via Lei de Acesso à Informação pelos autores.

- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Diário Oficial da União - Seção 1, p. 2 (Publicação Original). Brasília, DF: 27 abr. 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13438.htm. Acesso em: 20 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 8-SEI/2017-CGSCAM/DAPES/SAS/MS. Discussão acerca da Lei Nº 13.438/2017 que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), tornando obrigatória a adoção pelo SUS de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília, DF: 28-29 set. 2017c. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/16/SEI-25000.472346_2017_93.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei - PL 6575/2016, de 29 de novembro de 2016. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de julho de 1989, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Relator: Dep. Veneziano Vital do Rêgo. Brasília, DF: 2016.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Seguridade Social e Família - Audiência Pública Ordinária. 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura. Tema: Instruir o PL 8.324/14 que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, para instituir medida destinada à prevenção do uso inadequado de psicofármacos em crianças e adolescentes, e debater a importância do diagnóstico precoce no tratamento das doenças psíquicas. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 24 de novembro de 2015b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/notas-taquigraficas/24.11.2015psicofrmacosNT.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União - Seção 1, p. 2 (Publicação Original). Brasília, DF: 07 jul. 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 20 out. 2019.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o §3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União - Seção 1, p. 2 (Publicação Original). Brasília, DF: 28 dez. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 20 out. 2019.
- BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 451. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção, pelo Sistema Único de Saúde, de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. [Norma Gerada: Lei 13.438 de 26/04/2017. Diário Oficial da União - Seção 1, p. 2, col. 1 (Publicação Original)]. Brasília, DF, 05 ago. 2011a. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/101400?o=c>. Acesso em: 20 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Posição do Ministério em relação ao PLS 451, datado de 17 out. 2011b. Documento obtido via Lei de Acesso à Informação pelos autores.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção

- Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União - Seção 1, p. 3 (Publicação Original). Brasília, DF: 26 ago. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 20 out. 2019.
- BRASIL. Senado Federal. Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União - Seção 1, p. 1, col. 1 (Publicação Original). Brasília, DF: 10 jul. 2008. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/592443>. Acesso em: 20 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 72 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Diário Oficial da União - Seção 1, p. 22 (Publicação Original). Brasília, DF: 20 fev. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 20 out. 2019.
- BROWN, Phil et al. Embodied health movements: new approaches to social movements in health. *Sociology of Health & Illness*, v. 26, n. 1, p. 50-80, jan. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15027990>. Acesso em: 20 out. 2019.
- CASTRO, R. Pesquisa clínica, ética e direito à saúde: práticas emergentes de bioativismo científico no Brasil. *Vivência: revista de antropologia*, n. 51, p. 23, 2018.
- COSTA ANDRADA, B. Sentidos e desafios do autismo para o território: um estudo etnográfico. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
- DEL VECCHIO-GOOD, M. J. et al. American oncology and the discourse of hope. *Culture Medicine and Psychiatry*, v. 14, n. 1, p. 59-79, April 1990. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00046704>. Acesso em: 20 out. 2019.
- EPSTEIN, S. *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. 1. ed. Berkeley; Los Angeles; Oxford: University of California Press, 1996.
- EYAL, Gil et al. *The Autism Matrix*. 1. ed. Cambridge, UK: Polity Press, 2010.
- FELDMAN, Clara. Entre a clínica ampliada e a clínica especializada: um estudo etnográfico sobre os cuidados a autistas na atenção psicossocial. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro, 2018.
- GOHN, M. G. *Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo*. Petrópolis: Vozes, 2010.
- GRUDZINSKI, R. R. A nossa batalha é fazer o governo trabalhar: estudo etnográfico acerca das práticas de governo de uma associações de pacientes. 2013. Dissertação (Mestrado em Antropologia) Departamento de Antropologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- HACKING, I. On the ratio of science to activism in the shaping of autism. In K. S. Kendler & J. Parnas (Eds.). *Philosophical Issues in Psychiatry III: The Nature and Sources of Historical Change* (p. 326-339). Oxford: Oxford University Press, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/med/9780198725978.003.0038>. Acesso em: 05 out. 2019.

- JERUSALINSKY, A. N. Novas esperanças para os autistas. Gaúcha ZH, Porto Alegre, 03 abr. 2017. GauchaZH Vida. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2017/04/alfredo-jerusalinsky-novas-esperancas-para-os-autistas-9762949.html>. Acesso em: 26 out 2019.
- JERUSALINSKY, A. N. Transferências de um psicanalista. Rev. Assoc. Psicanal. Porto Alegre, n. 45-46, 181-191, jul.2013/jun. 2014. Disponível em: http://www.appoa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista_45_46.pdf. Acesso em: 26 out. 2019.
- JERUSALINSKY, J. Detecção de risco psíquico em bebês. Folha de S. Paulo, São Paulo, 29 set. 2017. Tendências Debates. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/opinioao/2017/09/1922734-deteccao-de-risco-psiquico-em-bebes.shtml>. Acesso em: 08 set. 2019.
- LOWENKRON, L.; FERREIRA, L. Anthropological perspectives on documents: ethnographic dialogues on the trail of police papers. Vibrant, Brasília, v. 11 n. 2, p. 77-111, Jul/Dez, 2014. Disponível em: <http://www.vibrant.org.br/issues/v11n2/laura-lowenkron-leticia-ferreira-anthropological-perspectives-on-documents-ethnographic-dialogues-on-the-trail-of-police-papers/>. Acesso em: 26 out. 2019.
- MENDINA, L. O Autismo Tem Cura? 1. ed. São Paulo, SP: Instituto Langage, 2015.
- NOVAS, C. The political economy of hope: Patients' organizations, science and biovalue. BioSocieties, v. 1, n. 3, p. 289-305, 2006. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1017%2FS1745855206003024>. Acesso em: 18 out. 2019.
- NUNES, F.; ORTEGA, F. Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o "direito ao tratamento". Saude soc., São Paulo, v. 25, n. 4, p. 964-975, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000400964&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016163127>.
- ONU. Nações Unidas Brasil. Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: New York. 2007.
- ORTEGA, F. et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 44, p. 119-132, Mar, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100010>.
- PARANÁ. Assembleia Legislativa-PR. Diário Oficial da Assembleia. Poder Legislativo Estadual. Edição nº 1.278 - 18ª Legislatura | 13 páginas (p. 4). Curitiba, Quinta-Feira, 04 de Maio de 2017 Diários Jusbrasil. ([s.d.]). Recuperado 8 de setembro de 2019, de Jusbrasil. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/145291745/al-pr-normal-04-05-2017-pg-4>. Acesso em: 8 set. 2019.
- PESQUISA multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. In: Coloquio Franco-Brasileiro sobre A Clínica com Bebês, 1, 2005, Paris. Proceedings online... Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000072005000100007&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 22 Out. 2019.
- PETERSEN, A. R. Hope in health: The socio-politics of optimism. Houndmills, Basingstoke, Hampshire; New York, NY: Palgrave Macmillan, 2015.
- PETRYNA, A. Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl. Princeton: Princeton University Press, 2002.
- RIBEIRO, J. M. C.; GOMES, M. G. Tratar sem fim as crianças autistas? Estilos da Clínica, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 89-95, 1999 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 out. 2019.
- RILES, A. "Introduction: In Response". In: A. Riles (ed.), Documents: artifacts of modern knowledge. Ann Arbor: University of Michigan Press, pp. 1-37, 2006.
- RIOS, C.; CAMARGO JR, K. Especialismo, especificidade e identidade - as controvérsias em torno do autismo

- no SUS. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1111-1120, mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301111&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.07862017>.
- RIOS, C.; COSTA ANDRADA, B. The changing face of autism in Brazil. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, v. 39, n. 2, p. 213-234, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9448-5>. Acesso em: 19 set. 2019.
- ROSE, N.; NOVAS, C. Biological Citizenship. In: ONGAND, A.; COLLIER, J. (Ed.). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Malden: Blackwell, 2005. p. 439-463.
- SANTANA, Fernanda. Nota sobre Coleta de Dados Desagregados, o Autismo e o Censo. ABRAÇA. Associação Brasileira para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo. Fortaleza, jul. 2019. Disponível em: <http://abraca.autismobrasil.org/nota-autismo-e-coleta-de-dados/>. Acesso em: 29 out. 2019.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Triagem precoce para Autismo/Transtorno do Espectro Autista. Documento Científico. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, n. 1, abril de 2017a. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/04/19464b-DocCient-Autismo.pdf. Acesso em: 29 out. 2019.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente: Instrumentos de vigilância e promoção do Desenvolvimento. Documento Científico. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, n. 4, novembro de 2017b. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20415d-GPA_-_Caderneta_Saude_da_Crianca.pdf. Acesso em: 29 out. 2019.
- VALLE, C. G. O. Doença, ativismo biossocial e cidadania terapêutica: a emergência da mobilização de pessoas com HTLV no Brasil / Illness, biosocial activism and therapeutic citizenship: the emergence of the mobilization of People with HTLV in Brazil. *Vivência: Revista de Antropologia*, v. 1, n. 41, p. 27-47, 18 dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/4733>. Acesso em: 29 out. 2019.

9. DE VOLTA AO TDAH - 15 ANOS DEPOIS

Rossano Cabral Lima

Introdução

Muita coisa se passou desde que abordamos o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) pela primeira vez (Lima, 2004; 2005). Naquela época, a referência diagnóstica era o DSM-IV-TR, e na CID 10 o quadro era designado Transtorno Hipercinético¹; agora, o TDAH se tornou um “Transtorno do Neurodesenvolvimento” na CID 11 e no DSM-5. De lá para cá houve aumento da produção mundial do metilfenidato, que passou de 28.830 kg em 2001 para 70.669 em 2017 (INCB, 2019). No Brasil, em 2005 foram comercializados cerca de 268 kg de metilfenidato, chegando a 875 kg em 2012. (Barros, 2014). Em 2005, ainda não havia a lisdexanfetamina (Venvanse), que chegou ao mercado norte-americano em 2007 e ao brasileiro em 2011².

Desde então, pode-se dizer que o “fenômeno TDAH” se ampliou e se tornou mais complexo, mas, seus críticos também se multiplicaram e ganharam força, inclusive em sua matriz, os EUA. Se, no início deste século, a literatura crítica de relevância se limitava a algumas poucas vozes (Peter Conrad, Lawrence Diller, Peter Breggin, Sami Timimi), hoje outras se juntaram, tanto fora da arena médica – como o jornalista Robert Whitaker – quanto dentro do campo *psi* – como o coordenador da força-tarefa do DSM-IV, o psiquiatra Allen Frances, a psicóloga Marilyn Wedge e o psicanalista francês Patrick Landman. Este foi um dos fundadores, em 2010/2011, do Movimento STOP DSM, com ramificações em diversos países, inclusive no Brasil³.

Entre nós, é fundado em 2010 o Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, e em 2014, o Despatologiza – Movimento pela despatologização da vida. Além disso, na década atual, surgem documentos públicos como as “Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de

1 Na verdade, ainda é, pois a CID 11 só será adotada pelos países membros da OMS a partir de 2022.

2 <https://ascoferj.com.br/noticias/shire-chega-ao-brasil-para-brigar-com-novartis-e-jj/>

3 A esse respeito, ver: Kyrillos Neto, F.; Calazans, F. (Org.). Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs. Barbacena: EdUEMG, 2012.

protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes”, inspirado no Protocolo de uso de metilfenidato da Secretaria de saúde de Campinas – SP e na Portaria 986/2014 da Secretaria de saúde do município de São Paulo; a Recomendação N° 19/2015 do Conselho Nacional de Saúde, de “promoção de práticas não medicalizantes por profissionais e serviços de saúde, bem como recomenda a publicação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para prescrição de metilfenidato, de modo a prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes”; e a Resolução N° 177/2015 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que “dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização, em especial no que concerne às questões de aprendizagem, comportamento e disciplina”.

Por outro lado, se fortalece a aliança entre familiares, profissionais de saúde e educação, e legisladores (além da indústria farmacêutica), que vem construindo, no decorrer dos últimos 10 a 15 anos, um bem-sucedido *lobby* ao propor projetos e aprovar leis em nível municipal, estadual e federal⁴, frequentemente associando o TDAH à dislexia. A maior parte se refere ao espaço escolar, incluindo o “diagnóstico e tratamento na rede pública de educação básica” (PL Senado 3517/2019), chegando a determinar a localização das cadeiras na sala de aula nas escolas públicas e privadas (Lei 8192/18, do estado do RJ), propondo também o fornecimento gratuito de medicação e campanhas de conscientização. Como compreender esses movimentos? Luta legítima por direitos ou demanda excessiva pela medicalização da vida escolar? Como já apontaram Rose (2007) e Clarke et al. (2010), estes são exemplos das metamorfoses do processo de (bio)medicalização do século XXI, criando novas (bio)identidades ao incluir *pacientes*, suas famílias e outros atores leigos como *agentes* no diálogo com a medicina e as tecnociências, e não como receptáculos passivos das prescrições médico-farmacêuticas.

Este artigo pretende levantar questões e apontar caminhos que contribuam para a compreensão do “fenômeno TDAH” na atualidade, com destaque para sua relação com as questões escolares. Como Rafalovich (2004), entendemos que a categoria de TDAH não é um monólito impenetrável e uniforme, mas que apresenta brechas e contradições. Visando compreender o presente, faremos um recuo no passado e, depois, seguiremos de volta para o futuro.

Antes Do Tdah

Qual seria o marco inicial ou “ponto zero” da apropriação pelo discurso médico de

4 <https://tdah.org.br/relacao-de-leis-e-projetos-sobre-tdah-no-brasil/> e https://tdah.org.br/wp-content/uploads/TABELA_LEIS_ATUALIZADA_out_2019.pdf

comportamentos de crianças inquietas, desatentas ou turbulentas? Na historiografia amadora comumente encontrada na literatura médica, predomina a visão teleológica, continuísta e anacrônica, marcada pela tentativa de identificar o transtorno em momentos anteriores a sua descrição e categorização pela psiquiatria contemporânea. A concepção naturalista ingênua entende o TDAH como entidade a-histórica, estável e sempre idêntica a ela própria, como se o transtorno estivesse indefinidamente lá, aguardando ser descoberto. Por isso, ao buscar seguir seu rastro no passado, visa confirmar sua perenidade, ignorando que o diagnóstico de TDAH – ou qualquer outro da psiquiatria – não dá acesso direto a uma patologia que independa dos modos pelos quais é descrita, mas só existe sob descrição e embebido em contextos construídos e compartilhados socialmente. Uma genealogia da hiperatividade e do déficit de atenção deve visar “desnaturalizar” o TDAH e tomá-lo como objeto contingente e descontínuo, num cenário no qual natureza e cultura humanas se constituem de modo mútuo e permanente.

No debate a respeito da “existência” do TDAH seguiremos a sugestão de Dunker (2014) a respeito da querela sobre o caráter fictício do transtorno, quando defende que “deveríamos explorar a hipótese de que o TDAH é tão fictício quanto os outros quadros e, em seguida examinar a possibilidade de que existem ficções mais úteis que outras” (Dunker, p. 103). Assim, à pergunta “O TDAH existe ou foi inventado?” respondemos “Existe, porque foi inventado!”. É nesse espírito que abordaremos, por meio da literatura produzida em língua inglesa, alguns “momentos-chave” na construção dessa ficção real.

_ TDAH no século XVIII?

Segundo os psicólogos norte-americanos Erica Palmer e Stanley Finger (2001), a história das narrativas médicas sobre distúrbios de atenção deveria retroceder à noção de “*mental restlessness*”, proposta pelo médico escocês Alexander Crichton em 1798. Em seu livro, *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects*, Crichton dedica um capítulo à atenção e suas doenças. O autor propõe dois tipos de problemas nessa “faculdade mental”. Um deles seria caracterizado pela “diminuição mórbida de sua potência ou energia”, derivada da “exaustão do princípio da irritabilidade” dos nervos. O outro, que Palmer e Finger associam diretamente ao “subtipo desatento” do TDAH, é definido como a “incapacidade de prestar atenção com a constância necessária para qualquer objeto” (Crichton *apud* Palmer e Finger, p. 68⁵), provocada pela sensibilidade exacerbada dos nervos, podendo ser inata ou derivar de doenças. Assim, a atenção seria facilmente desviada de uma impressão sensorial para a outra, mesmo na

5 Todas as traduções são de nossa autoria.

presença de estímulos mínimos. Tal situação poderia causar problemas na instrução escolar das crianças, levando Crichton a fazer recomendações aos professores e propor mudanças nos métodos educacionais, de modo a adequá-los aos alunos com tal “inquietação mental”:

Muitos garotos exigem objetos de estudo muito diferentes do que outros, para que tenham sua atenção despertada de modo suficiente e suas mentes postas no exercício adequado. Todo professor público deve ter observado que existem muitos para os quais a aridez e dificuldade da gramática grega e latina são tão repugnantes que nem os terrores do castigo corporal, nem a indulgência de uma súplica gentil pode levá-los a dar atenção a eles. (...) Como a potência da atenção é diferente em diferentes garotos, assim como sua força corporal, então a dieta mental, se me permitem a expressão, também deve variar de acordo (Crichton, *apud* Palmer e Finger, p. 69).

Palmer e Finger concluem que Crichton estava “dois séculos à frente de seu tempo” ao produzir a primeira descrição médica do déficit de atenção, com a vantagem de não apresentar o “extremo moralismo” das conferências do inglês George Frederic Still, realizadas mais de 100 anos depois.

_ As conferências de Still

George Frederic Still era pediatra do *King's College Hospital* e do *Hospital for Sick Children*, em Londres. Em março de 1902 proferiu três conferências perante o Royal College of Physicians of London, publicadas em edições do *The Lancet* no mês seguinte com o título de *Some abnormal psychical conditions in children*. Nelas, postula a existência de crianças que apresentam uma condição mórbida caracterizada por um defeito no “controle moral” – este definido como “o controle da ação em conformidade com a ideia do bem de todos” (Still, 1902, p.1008). Tal condição poderia ser reconhecida em pessoas com “distúrbios do intelecto” – idiotas, imbecis ou insanas; estar associada a patologias orgânicas (tumores cerebrais, hemiplegia, meningite, epilepsia, trauma craniano, febre tifoide, difteria, escarlatina, reumatismo agudo); ou surgir em crianças com funcionamento intelectual normal e sem evidência de doença orgânica. O autor entende haver quadros caracterizados pela falha no desenvolvimento do controle moral – de causa congênita ou adquirida precocemente – e outros pela perda do controle moral já adquirido – podendo ser permanente, temporário ou recorrente.

O quadro clínico dessas “condições anormais”, segundo Still (1902), envolvia as seguintes características: a) passionalidade; b) maldade/crueldade; c) inveja; d) indisciplina; e) desonestidade; f) destrutividade/mau comportamento gratuitos; g) falta de vergonha e de modéstia; h) imoralidade sexual; i) autoabuso e outros atos perniciosos. O traço unificador desses sinais seria a tendência à autogratificação imediata, em detrimento do

bem alheio ou do adiamento da própria gratificação. São essas características que levaram Palmer e Finger (2001) a criticar o “moralismo” de Still, considerando os casos descritos por ele mais próximos dos atuais diagnósticos de transtornos de conduta, transtorno desafiador de oposição e de algumas variedades de distúrbios de aprendizagem, identificando apenas dois casos compatíveis com o “subtipo desatento” do TDAH.

Em sintonia com as teorias da época a respeito das bases biológicas da conduta imoral, como as ideias dos franceses Morel e Magnan sobre os tipos de “degenerados”, e as teses do italiano Lombroso sobre a morfologia dos criminosos, Still aponta para a existência de “distúrbios do intelecto, epilepsia ou degeneração moral” em familiares de 17 de 20 casos analisados que não apresentavam evidências de doenças físicas ou deficiência mental – incluindo pais insanos, alcoólatras, libertinos, desertores do lar e assassinos da esposa; avós imorais, loucos, suicidas e diabéticos, além de tios e tias paternos e maternos epiléticos e loucos. Still também valoriza as anomalias da conformação física ou “estigmas de degeneração”. Em 15 dos casos examinados haveria “anomalias óbvias”, especialmente o maior tamanho da cabeça, mas também estreitamento da região frontal e deformidades do palato, entre outras. As descrições subsequentes de crianças com problemas comportamentais teriam, da mesma forma, a marca somática e cerebral – seja ao nível da lesão, seja no da disfunção.

_ *The brain-injured child*

Alfred Strauss foi diretor e presidente da *Cove Schools for Brain-injured Children* em Racine, Wiscosin e, ao lado de sua colega Laura Lehtinen, diretora educacional da mesma instituição, escreveu o livro *Psychopathology and education of the Brain-injured Child*, lançado em 1947. Nele, ambos definem a criança com lesão cerebral como:

“aquela que sofreu um traumatismo ou infecção cerebral antes, durante ou após o nascimento, e em decorrência disso passa a apresentar problemas na percepção, no pensamento, nas emoções e/ou no comportamento, associados ou não a prejuízos neuromotores, com impacto negativo no processo de aprendizagem” (Strauss e Lehtinen, 1947, p. 3-4).

A relação de causalidade com a lesão cerebral parecia garantida quando um sério trauma havia sido seguido por sequelas motoras ou cognitivas graves. Porém, mesmo nos casos de lesões “menores” ou “mínimas”, sem histórico claro de evento traumático ou infeccioso, com ou sem “sinais neurológicos menores”, Strauss e Lehtinen recomendam que:

“se o comportamento da criança em questão se assemelha àquele característico da lesão cerebral, e mesmo que o desempenho da criança em nossos testes não seja fortemente indicativo de lesão cerebral, ainda pode ser razoável considerar um diagnóstico de lesão cerebral.” (ibid, p. 112).

Os aspectos em comum entre tais crianças, do ponto de vista comportamental, seriam os altos níveis de hiperatividade, desinibição e distraibilidade, entre outros sinais. Os autores destacam a importância de realizar diagnósticos diferenciais, inclusive com a encefalite epidêmica, que, para eles, não deveria ser incluída em sua categoria de “lesão cerebral”, dado que as sequelas encefalíticas incluíam não apenas a hiperatividade e a impulsividade, mas também problemas de personalidade de “natureza delinquente”, como roubo, mentiras excessivas e tendências antissociais, os quais não eram encontrados nos casos estudados por eles.

Ao diferenciar as *brain-injured children* daquelas com outros tipos de doenças, o objetivo de Strauss e Lehtinen era oferecer métodos de educação adequados a suas deficiências, incluindo o ensino dos fundamentos da aritmética, da leitura e da escrita, ao lado de modificações no ambiente escolar. “A resposta da criança com lesão cerebral às circunstâncias escolares é frequentemente inadequada, visivelmente perturbadora e persistentemente problemática” (ibid, p. 127), afirmam. Por isso, desaconselham sua admissão em salas regulares, que podem ser uma conquista posterior. Suas prescrições são extensas e detalhadas: classes com no máximo 12 alunos, de preferência sem materiais visuais distratores (murais, quadros), situadas no segundo andar e/ou com o quarto inferior das janelas coberto. As crianças deveriam sentar-se distantes umas das outras, e algumas poderiam ser colocadas com a carteira de frente para a parede. As recomendações chegam até mesmo aos acessórios das professoras, que devem evitar “ornamentos” como braceletes, brincos, colares e flores no cabelo. Tudo em nome da precisão quase cirúrgica das técnicas pedagógicas medicamente orientadas.

_ Paul Wender e a DCM

A Disfunção Cerebral Mínima (DCM, ou *Minimal Brain Dysfunction*, MBD, em inglês) foi, em comparação com suas antecessoras, a empreitada mais bem-sucedida até aquele momento visando unificar distintos desvios de conduta infantis em uma categoria neuropsiquiátrica. Adotada em 1966 como diagnóstico oficial pelo *United States Public Health Service* (USPHS), ela se tornou, no decorrer dos anos 1970, uma entidade hegemônica nos campos da clínica e da pesquisa nos EUA e outros países ocidentais (Rafalovich, 2004; Conrad, 1992). Para o psiquiatra norte-americano Paul Wender, as crianças com DCM apresentavam disfunções na área da atividade e coordenação motora (como hiperatividade

motora e verbal), atenção e função cognitiva (déficit de atenção e dificuldades de aprendizado), controle dos impulsos (incluindo baixa tolerância à frustração, conduta antissocial e prejuízos no controle dos esfíncteres), relações interpessoais (resistência às demandas sociais - mostrando-se teimosas, negativistas, desobedientes e insolentes -, dependência ou independência excessivas e tendência à extroversão) e emotividade (maior labilidade, hipo ou hiper-reatividade a estímulos externos e internos, agressividade aumentada e características disfóricas, como anedonia, depressão, baixa autoestima e ansiedade). Além disso, o quadro poderia incluir sinais neurológicos menores, como má coordenação motora fina, distúrbios no equilíbrio, problemas na coordenação visuomotora e distúrbios de linguagem (Wender, 1974).

Essa síndrome abrangente atingiria 1/5 a 1/10 das crianças em idade escolar. Wender (1974) tentará organizar o quadro em “subsíndromes” que parecem ampliar ainda mais o escopo da DCM. Existiriam cinco subtipos clínicos, que teriam uma base biológica compartilhada: o hiperativo clássico; o neurótico; o psicopático; o esquizofrênico e a “desordem específica do aprendizado”.

A etiologia da DCM poderia envolver lesões cerebrais, fatores genéticos, variações intrauterinas e mau desenvolvimento fetal. Wender também admite a influência de fatores psicogênicos, considerando haver evidências suficientes para a existência de uma forma de DCM produzida por privação precoce, mas se mostrava cético em relação a uma forma puramente reativa a tensões ambientais ou internas.

Uma diferença importante em relação à lesão cerebral de Strauss e Lehtinen diz respeito ao espaço reservado às estratégias de intervenção. Enquanto estes privilegiavam as técnicas educativas, Wender prioriza o tratamento medicamentoso em detrimento da intervenção pedagógica e do tratamento psicológico⁶. A DCM, categoria neuropsiquiátrica desenvolvida entre os anos 1960 e 1970, reflete a introdução e crescente influência dos psicofármacos modernos no tratamento psiquiátrico a partir dos anos 1950. A concepção de uma síndrome de origem predominantemente biológica, já presente nas conferências de Still e na *brain-injured child*, vai ao encontro da possibilidade de intervenção neuroquímica, a qual, por seu lado, reforça a redução do comportamento hiperativo a seus correlatos cerebrais. Wender (1974) dá grande ênfase aos estimulantes, destacando a reciprocidade entre a existência de dada substância e a construção de categorias diagnósticas ao afirmar que “foi a reação comum às anfetaminas que se constituiu numa das razões para a reunião deste grupo aparentemente heterogêneo de crianças sob o cognome de ‘disfunção cerebral

⁶ “Apenas concepções de que a maioria dos problemas infantis são de origem psicológica e que a aplicação de drogas à criança representa o envenenamento dos cérebros e mentes dos inocentes podem impedir o uso em larga escala desses agentes eficazes” (Wender, 1974, p. 157), afirma ele.

mínima” (ibid, p. 107). Daí em diante, o diagnóstico mudaria de nome, mas seguiria intimamente associado aos estimulantes, em especial o metilfenidato, ou Ritalina.

Nas Trilhas do Dsm e da Cid

A primeira edição do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana (APA), publicado em 1952, apresentava o grupo das “Reações de ajustamento na infância”, incluindo três subtipos: os “distúrbios do hábito” (enurese, masturbação, etc), os “distúrbios de conduta” (vadiagem, crueldade, uso de álcool, etc) e os “traços neuróticos” (fobias, gagueira e hiperatividade, entre outros) (APA, 1952)⁷. Em 1968, a 2ª edição do manual (DSM-II) apresentava, no grupo dos “Transtornos de comportamento da infância e adolescência”, a “Reação hipercinética da infância (ou adolescência)”⁸. O diagnóstico de hipercinese já circulava desde artigo de Maurice Laufer e Eric Denhoff, em 1957⁹. No DSM-II, a descrição do quadro era breve e incluía hiperatividade, inquietude, distraibilidade e curto tempo de concentração. Numa década marcada pelo diagnóstico *quasi*-equivalente (embora bem mais abrangente) de DCM, o texto do DSM tentava estabelecer o diagnóstico diferencial, afirmando que “se esse comportamento for causado por dano cerebral orgânico, deve ser diagnosticado sob a síndrome orgânica cerebral não psicótica apropriada” (APA, 1968, p. 50).

O DSM-III, de 1980, com seu projeto de classificação descritiva, objetiva e “ateórica em relação à etiologia e ao processo patofisiológico” (APA, 1980, p. 7), rompe definitivamente com a noção de reação e denomina o quadro de DDA – Distúrbio de Déficit de Atenção, no capítulo “Transtornos geralmente evidentes pela primeira vez na infância ou na adolescência”. O DDA era dividido em dois subtipos, com ou sem hiperatividade, além de ser previsto um tipo residual, destinado a pessoas nas quais a hiperatividade já esteve presente, mas não mais ocorria (APA, 1980).

Em 1987, a revisão da 3ª edição do DSM (DSM-III-R) apresentou o quadro com seu nome atual – Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Ao invés de dividir o distúrbio em subtipos, propõe a divisão pela gravidade dos sintomas, em formas leves, moderadas e graves (APA, 1987). No DSM-IV, de 1994, e sua revisão, de 2000 (DSM-IV-

7 Nessa edição do DSM predomina a noção de “reação”, marca da concepção “psicobiológica” difundida pelo psiquiatra Adolf Meyer, que entendia os transtornos mentais como respostas inadaptadas do indivíduo ao seu ambiente. (Morel, 1997)

8 No DSM-II, a noção de “reação” continua a ser usada para os transtornos infantis, embora desapareça nas demais categorias

9 Laufer, M. W., & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *The Journal of pediatrics*, 50(4), 463-474.

TR), o TDA/H passa a ser subdividido em um tipo predominantemente desatento, um tipo predominantemente hiperativo-impulsivo e um tipo combinado, além da categoria residual “TDA/H sem outra especificação (SOE)” (APA, 1995; 2003).

Segundo Allen Frances (2013), coordenador da força-tarefa do DSM-IV e hoje um crítico das classificações da APA, a quarta edição no manual contribuiu para a “falsa epidemia” (pág. XIV) de TDAH em crianças. Os anos seguintes à publicação do DSM-IV testemunharam a rápida expansão do mercado de fármacos para o TDA/H, especialmente nos EUA, onde na mesma época (anos 1990) a propaganda de medicamentos direta aos consumidores foi aprovada. Assim, a Ritalina e demais estimulantes clássicos, cuja patente caíra havia décadas e que não oferecia garantia de grandes lucros para as empresas, ganharam a companhia de medicamentos mais caros, como as formulações do metilfenidato com maior tempo de ação (Ritalina LA e Concerta) e a atomoxetina (Strattera). Frances cita estudo de Richard Morrows e colaboradores, mostrando que as crianças mais novas nas turmas escolares (nos EUA, as nascidas em janeiro) têm 70 % mais chance de receber um diagnóstico de TDAH que aquelas mais velhas (nascidas em dezembro, nos EUA). Ou seja, o diagnóstico é mais provável nas crianças cujo desenvolvimento está “naturalmente” aquém das suas colegas. “Nós transformamos o fato de ser imaturo por ser mais jovem em uma doença a ser tratada com remédios” (p. 142), conclui.

No caso da Classificação da Organização Mundial de Saúde, na CID 8, de 1966, a única categoria psiquiátrica infantojuvenil era a dos “Distúrbios de conduta na infância” - além do “Retardo mental”, que não se limitava somente à infância. A CID 9, de 1977, passou a incluir um número maior de diagnósticos, entre eles o “Transtorno hiperkinético na infância” (ISR, 2019). A CID 10, publicada em 1992, preservava os “Transtornos hiperkinéticos”, resistindo a incorporar a sigla DDA/TDAH, preferindo manter a designação dos anos 1960 e 1970. O diagnóstico de hiperquinesia contempla a presença tanto de distúrbios da atividade quanto da atenção, mas os autores e colaboradores da CID argumentam não ter aderido ao termo ‘transtorno de déficit de atenção’ pois isso implicar um “conhecimento de processos psicológicos que ainda não está disponível e sugere a inclusão de crianças ansiosas, preocupadas ou ‘sonhadoras’ apáticas, cujos problemas são provavelmente diferentes” (OMS, 1993, p. 256). Essa posição desaparece com a publicação da CID 11, cujas categorias diagnósticas se tornam cada vez mais semelhantes às do DSM.

_ *TDAH como Transtorno do Neurodesenvolvimento: DSM-5 e CID 11*

Na versão mais recente da classificação da APA (DSM-5), lançada em 2013, e na CID 11, cuja versão online foi lançada em 2018, não há mais o capítulo dos “Transtornos geralmente

evidentes pela primeira vez na infância ou na adolescência” do DSM-IV, ou o grupo dos “Transtornos com início específico na infância” da CID 10¹⁰. O TDA/H agora faz parte do grupo dos “Transtornos do Neurodesenvolvimento”, ao lado das Deficiências intelectuais (na CID 11, Transtornos do desenvolvimento intelectual), os Transtornos da comunicação (Transtornos do desenvolvimento da fala ou da linguagem), os Transtornos específicos da aprendizagem (Transtorno do desenvolvimento da aprendizagem), os Transtornos motores (Transtorno do desenvolvimento da coordenação motora e Transtorno de movimento estereotipado), e o Transtorno do espectro autista – TEA. O que essa mudança isso significa?

O estudo do desenvolvimento mental infantil tem uma longa história, tendo sido objeto de diversos autores nos campos da psicologia experimental, educação, psicanálise e psicologia do ego, no decorrer do século XX. Nas décadas de 1990 e 2000, surge, de modo mais explícito e programático, a “Psicopatologia do Desenvolvimento”, proposta pelo grupo do psiquiatra britânico Michal Rutter. Entendida como a investigação das origens e da evolução dos padrões individuais de problemas comportamentais e emocionais, a disciplina teria o objetivo de compreender os processos subjacentes às rupturas de continuidade no desenvolvimento, visando construir uma ponte entre os distúrbios infantojuvenis e os transtornos da vida adulta, respeitando as especificidades de cada período (Sroufe e Rutter, 1984; Rutter e Sroufe, 2000) .

Ao mesmo tempo, desde o final do século passado, assistimos a ascensão das “neurociências” e sua forte influência sobre a psiquiatria. Por meio da expectativa da aplicação de biotecnologias ao diagnóstico e tratamento de fenômenos até então descritos como “mentais”, o *neuro* vai se somando ao desenvolvimento, acarretando a redescritção do TDAH e outros quadros como neurodesenvolvimentais, no bojo de uma nova concepção das psicopatologias que se estende da criança ao adulto. Embora a Psicopatologia do Desenvolvimento proposta por Rutter contemple a relação complexa, permanente e pluridirecional entre o organismo, suas experiências e o sentido que o indivíduo lhes atribui, nada garante que a noção de neurodesenvolvimento difundida a partir do DSM-5 e da CID 11 preserve essa riqueza descritiva e rechace a tentação do reducionismo biológico.

_ O TDAH como um “transtorno escolar”

O DSM-5 associou os subtipos do DSM-IV (agora chamados de apresentações desatenta, hiperativa-impulsiva e combinada, como na CID 11) com a graduação por

10 Esse grupo da CID 10 abrange os “Transtornos do desenvolvimento psicológico” (F 80 – F 89) e os “Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência” (F 90 – F 98) (OMS, 1993)

severidade do DSM-III-R (leve, moderado e grave)¹¹. A escola continua a ser o principal palco de tais “apresentações”, especialmente no que se refere ao déficit de atenção¹². Um rápido exame dos critérios diagnósticos do TDAH no DSM-5 mostra que, dos nove tópicos da dimensão da “Desatenção”, em cinco os elementos do ambiente escolar são citados explicitamente (“a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em **tarefas escolares**, no trabalho ou durante outras atividades. b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante **aulas**, conversas ou leituras prolongadas). d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar **trabalhos escolares**, tarefas ou deveres no local de trabalho. f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., **trabalhos escolares ou lições de casa**); g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., **materiais escolares, lápis, livros**)”). Nos outros quatro quesitos, mesmo sem referência explícita, é principalmente na escola que as dificuldades incidem.

Na dimensão da “Hiperatividade/Impulsividade”, a escola está presente de modo explícito em um quesito (“b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar **em sala de aula**)”) e de modo implícito em outros (“a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira. h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila)”). (APA, 2014, p. 59-60, grifos nossos). Em nenhum outro diagnóstico – com a óbvia exceção dos transtornos da aprendizagem – a escola aparece com tanta centralidade, o que revela que o TDAH é peça central nas estratégias de normalização do comportamento dentro da sala de aula.

A relação entre problemas de comportamento e o ambiente escolar não é nova, como vimos em Crichton e especialmente em Stauss e Lehniten. Nos EUA, a *Association for Children with Learning Disabilities*, fundada por pais e profissionais no início dos anos 1960, ajudou a sensibilizar professores e demais trabalhadores da educação a considerar a inquietude e desatenção dos alunos como sinal de um problema médico (Conrad & Schneider, 1992). De lá para cá, especialmente após a Ritalina e congêneres se tornarem as opções mais difundidas de tratamento para TDAH, e com a consolidação da concepção do quadro como transtorno do neurodesenvolvimento, essa associação só aumentou. O campo da educação tem se apropriado do discurso neurocientífico, nem sempre de forma

11 Outras mudanças dizem respeito à adaptação dos critérios para a vida adulta, incluindo exemplos de sintomas que se aplicam mais diretamente a essa faixa etária, a redução de 6 para 5 no número de critérios mínimos nos campos da desatenção e hiperatividade-impulsividade para pessoas a partir de 17 anos, e a extensão da idade máxima para início do quadro dos 7 para os 12 anos.

12 Enquanto o sistema DSM se baseia no preenchimento de número mínimo de critérios, a CID se limita à descrição das características gerais da desatenção, hiperatividade e impulsividade (WHO, 2018)

crítica, muitas vezes fazendo com que o cérebro - e não a criança - se torne o protagonista do processo de aprendizagem (Lisboa, 2015).

Muito vem sendo produzido no país a respeito da medicalização da educação, com ênfase no TDAH¹³. Esse debate pode avançar por meio do mapeamento dos cenários locais da medicalização, ao invés de tomá-la como fenômeno total. A medicalização se dá da mesma forma em escolas públicas e particulares? Entre crianças vivendo com suas famílias e aquelas habitando abrigos ou unidades socioeducativas? Entre meninos e meninas? Entre crianças e adolescentes? No campo da atenção psicossocial, também é necessário perceber de que modos a medicalização incide nos diferentes equipamentos (CAPSi, atenção primária, ambulatorios), ou as diferenças entre os usuários do SUS e da saúde privada/complementar. Dito de outra forma, há diversos marcadores sociais de diferença (Souza, 2006) que precisam ser levados em consideração, como os ligados à classe social, ao gênero, idade, raça, e suas intersecções com os territórios e as distintas demandas dirigidas à saúde mental - em algumas situações, a demanda por normalização se liga mais às questões do desempenho acadêmico, em outras, ao controle de condutas desviantes ou disruptivas.

São tais nuances que nossas pesquisas devem capturar, contribuindo para o avanço das investigações críticas a respeito do TDAH, ou do(s) diagnóstico(s) que vier(em) substituí-lo, pois sabemos que as classificações e categorias psiquiátricas não são entes estáticos. Há algumas décadas, a DCM parecia um transtorno sólido, fomentando a produção de evidências científicas e práticas clínicas no registro neuropsiquiátrico. Hoje, não existe mais. No futuro, a entidade nomeada de TDAH pode se fragmentar, se subdividir ou se fundir com outros quadros, em sintonia com a complexificação da tecnociência e do processo de biomedicalização no século XXI.

Conclusão

O TDAH foi, ao mesmo tempo, produto e produtor da psiquiatria da infância e adolescência contemporânea. Sua difusão e popularização, desde os anos 1990 até agora, reciclou questões presentes em Still, Strauss e Lehtinen, Maurice Laufer, Paul

13 Apenas para citar algumas produções desta década: Meira, M. E. M. (2012). Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 136-142; Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2015). Produção do fracasso escolar e medicalização da infância e da escola. In: *Psicanálise, educação especial e formação de professores*. Porto Alegre: Evangraf; Cruz, M. G. A., Okamoto, M. Y., & Ferrazza, D. D. A. (2016). O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20, 703-714. Ribeiro, M. I. S., & de Sousa Viégas, L. (2016). A abordagem histórico-cultural na contramão da medicalização: uma crítica ao suposto tdah. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*, 8(1), 157-166. Pani, S. G. B., & Souza, M. P. R. de. (2018). Da medicalização à multideterminação da queixa escolar: o caso TDAH. In *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni.

Wender e diversos outros, mas também acrescentou novos elementos e acompanhou as transformações da psiquiatria geral. Se isso, de um lado, pode ter contribuído para dar inédita visibilidade aos problemas mentais de crianças e adolescentes, de outro ampliou a “armadilha nosológica”, que consiste em fazer com que tudo que se desvie do normal – tomado como média ou ideal – seja capturado pelo discurso médico-psicológico e entendido como transtorno mental.

Para atenuar os efeitos negativos desse processo, defendemos que o TDAH seja considerado um diagnóstico de exclusão, isto é, que só seja tomado como hipótese quando outras possibilidades descritivas e explicativas – dentro e fora da psiquiatria – forem excluídas (Santoro et al, 2018). Isso vai ao encontro do “diagnóstico passo a passo” defendido por Frances, especialmente nos casos mais leves e ambíguos, pois muitas vezes os sintomas são transitórios e reativos, outras se devem à imaturidade da criança, ou podem ser secundários ao abuso de substâncias ou a outros problemas psiquiátricos. Quando os problemas se prolongam no tempo, mas não trazem impactos graves, diz ele, as primeiras medidas devem ser as estratégias pedagógicas ou psicoterápicas. “O passo final do diagnóstico definitivo e do tratamento medicamentoso devem ser reservados apenas para aqueles que falham em responder adequadamente aos passos iniciais” (Frances, 2013, p. 144), conclui. Essa lógica se aproxima da proposta de Untoiglich (2019) de que o diagnóstico em saúde mental infantil deve ser escrito a lápis, ou seja, ser encarado como processo e estar sempre aberto a revisões, à medida que o tempo passa, que o tratamento avança e que a criança modifica seu corpo, seu modo de estar no mundo e as formas de manifestar seu sofrimento.

Isso vale para o TDAH e para outros quadros na infância e adolescência – ou mesmo (e principalmente) para aquelas situações que não cabem nos diagnósticos psiquiátricos. Com um lápis na mão e boas ideias na cabeça, é possível traçar uma psiquiatria infantil realmente nova, parte indispensável da atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Para isso se realizar, é preciso se articular com a escola, sem a intenção oculta de colonizá-la, se aproximar da família, sem o propósito de moralizá-la, e tratar a criança sem o objetivo de silenciá-la. Ao reconhecer as virtudes e equívocos de seu passado, a saúde mental infantojuvenil se enriquece e vislumbra um futuro mais plural, pleno e potente, ao lado das crianças e dos adolescentes, todos um pouco desatentos, como somos todos nós.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, D. C., 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2nd ed (DSM-II). Washington, D. C., 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd. ed. (DSM-III) Washington, D. C., 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd. ed. Revised. (DSM-III-R) Washington, D. C., 1987
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4.ed. (DSM-IV) Porto Alegre: Artmed, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4.ed - Texto revisado. DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed, 2003
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARROS, D. B. Os usos e sentidos do metilfenidato: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção. 182 f. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
- CLARKE, A, MAMO, L, FOSKER JR, FISCHMAN J, SHIM, JK. Biomedicalization: technoscience, health and illness in the U.S. Durham: Duke University Press; 2010.
- CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness, Philadelphia: Temple University Press, 1992
- DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 2014, 47(87), 79-107
- FRANCES, A. Saving Normal. New York: William Morrow, 2013
- GOODMAN, D. W. . Lisdexamfetamine dimesylate (vyvanse), a prodrug stimulant for attention-deficit/hyperactivity disorder. P & T : a peer-reviewed journal for formulary management, 2010, 35(5), 273-287.
- INCB: International Narcotic Control Board. Psychotropic substances Statistics for 2017. Vienna: United Nations, 2019.
- INSTITUTE FOR SOCIAL RESEARCH (ISR). ICD-9. Disponível em: < https://simba.isr.umich.edu/restricted/docs/Mortality/icd_09_codes.pdf >. Acesso em: 30 mar 2019.
- LIMA, R. C. Somos todos desatentos? O TDA/H e a Construção de Bioidentidades. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.
- LIMA, R. C. A construção contemporânea de bioidentidades: um estudo sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- LISBOA, F. S. O Cérebro Vai à Escola: Aproximações Entre Neurociências e Educação no Brasil. Jundiaí: Paco Editorial, 2016
- MOREL, P. Dicionário biográfico Psi: psiquiatras, psicólogos, psicanalistas. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da

- CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PALMER, E. D.; FINGER, S. . An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 2001, 6(2), 66-73.
- RAFALOVICH A. Framing ADHD children. Lanhan: Lexington books, 2004.
- ROSE, N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007; 369(9562):700-702.
- RUTTER, M.; SROUFE, L. A. Developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, n.12, p. 265-296, 2000.
- SANTORO, R.; LIMA, R. C.; CRENZEL, G.; ABRANCHES, C. D. Saúde Mental da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro: Manole, 2019.
- SOUZA E. R. Marcadores sociais da diferença e infância: relações de poder no contexto escolar. *Cadernos Pagu*. 2006(26):169-99.
- SROUFE, L. A.; RUTTER, M.. The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, n.55, p. 17-29, 1984.
- STILL, G. F., The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*. 1902.1. 1008-12.
- STRAUSS, A. A.; L. E., LEHTINEN, Psychopathology and education of the Brain-injured Child. New York, Grune & Stratton, 1947
- UNTOIGLICH. G. En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Buenos Aires: Noveduc, 2019
- WENDER, P. Disfunção cerebral mínima na criança. São Paulo: Manole, 1974.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ICD 11: International Classification of Diseases 11th revision. June 2018. Disponível em: < <https://icd.who.int/> >. Acesso em: 25 set. 2019

10. O QUE NOS CONTA O PROGRAMA BPC NA ESCOLA SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA E SEUS FAMILIARES

Carla Biancha Angelucci

Luís Fernando de Oliveira Saraiva

Yo no soy de aquí,
pero tú tampoco.
De ningún lado del todo.
De todos lados un poco.
(Jorge Drexler, Movimiento, 2017)

Neste texto, discutiremos aspectos da política de Assistência Social, relacionados às pessoas com deficiência, considerando seus efeitos sobre estas e suas famílias, a fim de explicitar a construção de uma teia que, a um só tempo, fragiliza o contato entre trabalhadores da Assistência Social e pessoas com deficiência, e reitera a marca social da mãe como mediadora permanente e vitalícia entre sociedade e pessoa com deficiência. Tal reflexão encontra base na pesquisa que vem sendo por nós desenvolvida sobre o Programa BPC na Escola, em uma cidade de grande porte no estado de São Paulo¹. Pelo fato de o Programa ser interministerial e visar à produção de colaboração entre Assistência Social, Educação, Saúde e Direitos Humanos, a fim de que se garantam condições de acesso e permanência com qualidade socialmente referenciada para pessoas com deficiência em idade escolar (BRASIL, 2007), tangencialmente, trataremos de aspectos que aludem a outras políticas públicas que não a Assistência Social.

Considerando que muitas das políticas públicas se dão em uma lógica familista (MIOTO & CAMPOS, 2003), tomaremos o Programa BPC na Escola como uma possibilidade de análise de lógicas e práticas que hiper-responsabilizam as famílias – e, por conseguinte, as mulheres/mães de crianças e adolescentes com deficiência.

Criado em 2007, pela Portaria Normativa Interministerial 18/07 (BRASIL, 2007), o Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das

1 Angelucci, C.B. Garantia do direito à educação para pessoas com deficiência: o que nos dizem os beneficiários do BPC que não frequentam a escola. Pesquisa financiada pelo CNPq, processo 433054/2016-6. Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo. Saraiva, L.F. de O. Trajetórias de beneficiários do BPC na Escola em serviços socioassistenciais. Pós-Doutorado em Educação. Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo. 2019.

Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC/Loas, mais conhecido como Programa BPC na Escola. De responsabilidade inicialmente dos Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Educação, Saúde e da Secretaria Especial de Direitos Humanos, o Programa tem por objetivo identificar crianças e adolescentes beneficiários do BPC² matriculadas e não matriculadas no sistema regular de ensino e indicar ações e políticas visando a superação de barreiras que os impeçam de frequentar a escola e, assim, que favoreçam sua inclusão educacional e social. Objetiva também instituir mecanismos de apoio técnico e financeiro aos Sistemas de Ensino e aos órgãos que compõem o Sistemas Únicos de Saúde e de Assistência Social (SUS e SUAS), para a oferta de recursos, serviços e atendimento educacional especializado complementar ou suplementar a escolarização e que favoreçam o acesso e a permanência desse público no sistema de ensino.

Uma das principais estratégias do Programa BPC na Escola diz respeito à aplicação do *Questionário para identificação de barreiras de acesso e permanência na escola de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC*, que tem por finalidade a realização de um amplo diagnóstico social sobre as condições de vida dos beneficiários, sua família, apoios de que necessitam, equipamentos públicos que frequentam, bem como aspectos da vida comunitária, condições essas que podem impactar em seu acesso e permanência na escola. Trata-se, então, de uma estratégia que serve para a indução de políticas públicas para pessoas com deficiência. O questionário é composto por 119 itens, com perguntas de resposta univalorada, multivalorada ou aberta, abrangendo os seguintes aspectos da vida: informações cadastrais da pessoa beneficiária e de sua família; caracterização da família e de sua moradia; caracterização da relação da pessoa beneficiária com a escola (matrícula, frequência, utilização de serviços e suportes, descrição de barreiras); necessidade de recursos, insumos ou equipamentos por parte da pessoa com deficiência; utilização de serviços de saúde, assistência social e acionamento do sistema de garantia de direitos por parte do beneficiário ou de sua família. Entendemos que a análise de tal material proporciona formas de conhecimento amplo das condições de vida da população com deficiência que vive em situação de extrema pobreza, permitindo a indução de políticas públicas articuladas intersetorialmente, conectadas tanto com a compreensão dos diferentes territórios geopolíticos quanto com as situações reportadas pelas pessoas com deficiência e suas famílias.

As discussões aqui apresentadas referem-se aos estudos que desenvolvemos desde 2017 e que tem como um dos elementos de análise as respostas de 258 famílias aos

2 Previsto na Constituição Federal de 1988, o Benefício de Prestação Continuada consiste em um salário mínimo mensal destinado a pessoas com deficiência e idosos que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

questionários aplicados em 2014 em um município da Grande São Paulo de grande porte (população de mais de 260 mil habitantes), com IDH alto (0,765), taxa de escolarização de 6 a 14 anos de 96,7%, 222.977 pessoas com deficiência, conforme informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, e que aderiu ao Programa BPC na Escola em 2008.

A familiarização e feminilização das políticas sociais

Nas últimas décadas, assistimos à profusão de políticas sociais destinadas às famílias brasileiras. Exemplo disso é a assistência social, que, sob os princípios da Política Nacional de Assistência Social – PNAS de 2004 (BRASIL, 2005), é definida como uma política de proteção social, que deve garantir as seguranças de sobrevivência (de rendimento e de autonomia), de acolhida (relacionada à provisão de necessidades humanas, como alimentação, vestuário e ao abrigo), e de convívio familiar e comunitário, por meio de ações que tomam famílias e territórios como centrais em sua concepção e execução.

A PNAS de 2004 estabelece que as ações socioassistenciais devam se dar a partir da matricialidade sociofamiliar, princípio que visa a superação da histórica focalização, relacionada a situações de risco ou de segmentos populacionais – como as pessoas com deficiência. Pretende-se, com isso, que as famílias sejam apoiadas e acessem condições para que respondam a seu papel no sustento, na guarda e proteção de seus entes. Tal princípio, entretanto, pode ser entendido em uma lógica de familiarização da política pública, uma vez que a família passa a figurar como seu público-alvo prioritário, um direito a ser garantido e um meio pelo qual ações que visam o governo de cada um de seus membros devam se dar, uma matriz responsável pelos problemas do mundo e por sua solução (SARAIVA, 2016).

Mioto e Campos (2003) apontam que essa crescente atenção à família é expressão do familismo, isto é, a ideia de que as necessidades das pessoas – inerentes à existência humana – teriam dois canais “naturais” para sua satisfação: o mercado (via trabalho) e a família. A intervenção estatal, nessa perspectiva, deve ser pontual e provisória, a fim de garantir que o acesso a tais canais seja devidamente restituído. Tal lógica, segundo Saraiva (2016), implicaria em um aumento indiscriminado nas funções atribuídas à família pela política de assistência social, de tal forma que seu cumprimento total se torna pouco possível, justificando ações estatais com finalidades de controle. De forma naturalizada, passa-se a entender que são funções da família proteger, socializar, cuidar, acolher, manter, sustentar, formar, referenciar seus membros, muitas vezes pouco se considerando condições concretas que produzem vidas precarizadas. Caberia, nesse contexto, às ações estatais desenvolver as capacidades das famílias, de forma que possam cumprir as funções

que lhes foram atribuídas. Percebe-se, assim, que problemas sociais, econômicos, políticos também são familiarizados, isto é, tornados responsabilidades das próprias famílias.

Nessa lógica, é importante destacar o lugar ocupado por mulheres e mães. Enquanto, socialmente, o homem é visto como o “chefe da família”, responsável pelo provimento da família, por mediar as relações com o mundo externo e por salvaguardar a respeitabilidade familiar e, assim, hierarquicamente superior os demais membros, Sarti (2003) considera que a mulher é vista como a “chefe da casa”, cabendo-lhe manter a unidade do grupo familiar, cuidando de todos e zelando para que tudo esteja em seu lugar. Tal divisão, nos faz pensar Donzelot (1980), se dá atrelada a estratégias de familiarização, com a constituição do modelo hegemônico de família que conhecemos, baseado em diferenciações de papéis de gênero e de idade. Quer dizer, para se produzir um certo modelo familiar, há de se investir na construção de um certo papel de gênero para as mulheres.

Não à toa, as políticas sociais são majoritariamente organizadas e voltadas para o atendimento do público feminino, já que buscam estabelecer a mulher/mãe como a mediadora entre o Estado e a família, sendo a demandatária de serviços públicos, responsável em executar as orientações recebidas e em gerir benefícios, funcionando como a representante preferencial da família (SANTOS, 2014; DINIZ, 2017). Tal lógica faz Carloto e Mariano (2009) afirmarem que a política socioassistencial brasileira produz uma invisibilidade das mulheres, ocultando suas funções e responsabilidades, ao mesmo tempo que faz uso de seus papéis tradicionais. Assim, a política teria como foco, não a família, mas sim as mulheres, uma vez que se executa fazendo uso do lugar de cuidado – da casa, dos filhos, do marido, das finanças – que, de forma naturalizada, é atribuído às mulheres. Isso significa que, ao priorizar – ou focar – a mulher, a política socioassistencial acaba também por repetir e intensificar uma lógica marcada por desigualdades de gênero.

Segundo a Síntese Estatística, publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), as mulheres continuam ganhando menos que homens, seja no trabalho formal ou informal. No campo informal, as mulheres trabalham como auxiliar familiar e quase a totalidade de vagas no trabalho doméstico sem carteira assinada. O mesmo documento aponta que as famílias em situação de maior vulnerabilidade no país são aquelas em que há apenas uma pessoa adulta responsável – a mulher – com filhos menores de 14 anos. Tal configuração familiar compõe 56,9% das famílias com rendimento inferior à medida de US\$ 5.50 PPC diários³.

³ Segundo o IBGE, a paridade de poder de compra – PPC é utilizada para comparar o poder de compra entre diferentes países, ou moedas, e é utilizada como alternativa à taxa de câmbio.

Em relação à escolarização, 4,4% dos homens e 6,7% das mulheres entre 18 e 29 anos afirmaram, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNADC de 2017, não estarem estudando, nem terem concluído o Ensino Médio pelos seguintes motivos: “gravidez ou problema de saúde ou pessoa com deficiência (física ou mental)”. (IBGE, 2018, p. 103). Com tais informações, explicitam alguns aspectos das condições de vida das mulheres dos setores mais pauperizados de nossa sociedade, tenham filhos com deficiência ou não.

Não temos motivo algum para inferir que a distribuição das configurações em famílias de pessoas com deficiência seja substancialmente diferente da distribuição geral das famílias brasileiras. A partir da análise dos questionários aplicados junto às famílias de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC no município estudado, temos o seguinte quadro: as mães formam a grande parte de respondentes ao questionário, mesmo sendo recomendado, em documentos orientadores sobre sua aplicação, que a pessoa com deficiência participasse da situação de aplicação. Podemos afirmar que houve presença de pessoas com deficiência na aplicação apenas em dez situações⁴. Ainda que consideremos o fato de que 155 das pessoas beneficiárias tivessem menos de 13 anos à época, o que não impediria sua participação, mas possivelmente implicaria cuidados no que tange à comunicação, restariam 203 adolescentes e jovens que poderiam ter participado da composição das respostas ao questionário, o que não foi identificado.

As respostas aos 258 questionários indicam que 232 dos beneficiários eram cuidados por alguém, enquanto certamente 22 não precisavam de cuidados e dois precisavam, mas não eram cuidados⁵. As mães figuraram como as principais cuidadoras (200), conforme mostra a Tabela 1. Essas mães compartilhavam os cuidados dos filhos, sobretudo com os pais deles (70), com outros adultos da família (46), com adolescentes e crianças da família (25), e com idosos da família (16); 64 dessas mães eram as únicas cuidadoras de seus filhos com deficiência, não compartilhando o cuidado com ninguém (Tabela 2).

4 Para produzir tal informação, foram cruzadas três questões: “O (a) entrevistado(a) é o (a) próprio(a) beneficiário(a)?”; “Nome completo do entrevistado”; e “Vínculo familiar com o(a) beneficiário (a)”. Em 19 questionários, foi respondido que o entrevistado era o próprio beneficiário, entretanto, em nove questionários, as respostas a ao menos uma das outras duas questões remetiam à mãe do beneficiário.

5 Em dois questionários, respondeu-se que o beneficiário não precisava de cuidados, mas que era cuidado pela mãe.

Tabela 1: Cuidador principal do beneficiário do BPC de acordo com o vínculo

<i>Cuidador principal</i>	<i>Quantidade</i>
Mãe	185
Pai	4
Mãe e outra pessoa	15
Pai e outra pessoa	1
Idoso da família	8
Outro adulto da família	11
Adolescente da família	1
Outro	5
Não é cuidado por ninguém	22
Em branco	6

Fonte: Elaborada por Luís F. de O. Saraiva, a partir dos questionários

Tabela 2: Número de pessoas que contribuem com a mãe do beneficiário do BPC em seus cuidados por tipo

<i>Pessoas que contribuem com a mãe nos cuidados</i>	<i>Quantidade</i>
Pai	70
Adolescente ou criança da família	25
Idoso da família	16
Outro adulto da família	46
Vizinho adulto	4
Profissional contratado	1
Ninguém	64
Outro	1

Fonte: Elaborada por Luís F. de O. Saraiva, a partir dos questionários

O material indica que 148 das pessoas beneficiárias frequentavam a escola, 48 haviam frequentado, mas não estavam, naquele momento, matriculadas, e 22 nunca haviam frequentado escola. A análise dos questionários permite também a produção de uma caracterização mais pormenorizada de 22 beneficiários que nunca frequentaram a escola. Onze deles tinham mais de 15 anos. Oito deles tinham menos de seis anos. A maior parte deles tinha deficiência múltipla (11) ou deficiência mental/intelectual (07). Grande

parte desses beneficiários eram cuidados pela mãe (17), que compartilhavam os cuidados com o pai (7) ou cuidavam sozinhas do filho (6). Dezesesseis beneficiários não brincavam ou se divertiam nunca e quatro não iam a lugar algum com suas famílias – informações estas que convidam a pensar em um intenso isolamento social vivido por essas crianças e adolescentes (Tabela 3).

Tabela 3: Número de beneficiários que nunca frequentaram a escola em função de situação de deficiência, faixa etária, cuidadores, ocorrência de brincadeiras e atividades desempenhadas na família

		Quantidade
Situação de deficiência	Deficiência mental/intelectual	7
	Deficiência múltipla	11
	Deficiência física	2
	Doença crônica	1
	Outros	1
Faixa etária	Acima de 19 anos	5
	Entre 15 e 18 anos	6
	Entre 11 e 14 anos	2
	Entre 6 e 10 anos	1
	Entre 4 e 5 anos	4
	Abaixo de 4 anos	4
Principal cuidador	Mãe	17
	Pai	1
	Outro adulto da família	4
Com quem a mãe compartilha o cuidado	Pai	7
	Criança/adolescente da família	2
	Idoso ou outro adulto da família	2
	Profissional contratado	1
	Ninguém	6
Beneficiário brinca ou se diverte?	Sim, sempre	4
	Sim, raramente	2
	Não, porque não consegue	13
	Não, porque os outros pensam que não consegue	3
Atividades desempenhadas na família	Vai com a família a casa de parentes, igreja, festas e/ou passeios	18
	Não vai com a família a lugar nenhum	4

Fonte: Elaborada por Luís F. de O. Saraiva, a partir dos questionários

Dos nove beneficiários cujas famílias entendiam que não deviam frequentar a escola, quatro tinham deficiência mental/intelectual; três, deficiência múltipla; um, deficiência física; e um, doença crônica. Quatro deles tinham idades entre 06 e 14 anos, e cinco deles tinham mais de 16 anos – o que faz pensar que as chances de virem a frequentar a escola estavam muito reduzidas. Apesar de sete deles irem à casa de parentes, a igreja, as festas ou passeios, oito beneficiários não brincavam ou se divertiam, por não conseguirem. Oito beneficiários eram cuidados pela mãe, sendo que sete delas compartilhavam os cuidados com outros familiares. Tal caracterização pode contribuir para compreender como essas famílias construíram o entendimento de que seus filhos não deveriam frequentar a escola, podendo associar a ideia de gravidade da deficiência com as (im)possibilidades de acesso à escola – associação esta que pode ter sido construída com a participação de diversos profissionais.

Para fazer pensar

A partir do breve quadro delineado, apresentamos algumas reflexões sobre a reiteração de práticas discriminatórias por gênero e por deficiência que estruturam nossa sociedade e, por conseguinte, fazem-se presentes em nossas políticas públicas.

Em monografia do curso de especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social, estudo realizado proximamente à época da aplicação dos questionários, Cruz (2011) analisou as demandas de cuidadoras de pessoas com deficiência em relação à proteção social, e concluiu:

Neste contexto, as expectativas das mães sobre o Sistema de Proteção Social, com ênfase no SUAS, vão desde a ampliação dos critérios de acesso ao BPC que considere, não só o nível de renda familiar, mas o tamanho das despesas decorrentes dos cuidados com o filho com deficiência, à rapidez na implantação dos serviços tipificados, com clareza sobre a que se destinam, onde se localizam e como acessar. Esperam que os serviços incluam o atendimento à família e que acolham as demandas reais das mães cuidadoras, prestando orientação e apoio, bem como serviços de cuidados pessoais aos seus filhos. Atendendo a tais demandas, almejam diminuir o estresse decorrente da sobrecarga dos cuidados familiares, o isolamento social de cuidados e cuidadores, aumentando a autonomia e permitindo que as mães cuidadoras possam trabalhar fora de casa com segurança, contribuindo para o aumento da renda familiar e para o desenvolvimento dos seus projetos pessoais (p. 102).

Cabe-nos destacar que, quando consideramos a preponderância de famílias monoparentais chefiadas por mulheres, perceber a marca do familismo das políticas públicas significa perceber que incide sobre a mulher a maior parte das responsabilidades e expectativas. No caso do BPC na Escola, isso significa que a mãe buscará informações sobre como requerer o benefício, acompanhará seu filho nos processos de avaliação, tornar-se-á

a responsável por receber e gerir o benefício, será entrevistada para acompanhamento do beneficiário e, possivelmente, será a responsável em dar prosseguimento às orientações e encaminhamentos recebidos.

Segundo a análise dos questionários, é a mãe da criança ou adolescente, senão a única, pelo menos a maior responsável pelos cuidados com a pessoa com deficiência. Na maior parte das situações, essa criança ou adolescente frequenta a escola, que passa a ser a primeira instituição social que compartilha com a mãe a rotina. Nos casos em que a criança ou adolescente nunca frequentaram a escola, percebe-se que não há outra instância ou instituição que compartilhe a rotina de atenção, cuidado e garantias de direitos às pessoas com deficiência. Destacamos a experiência narrada pelas mães de quinze das pessoas com deficiência que nunca frequentaram a escola, de que estas não brincavam/divertiam-se ou o faziam raramente. Consideramos esta uma das principais convocações éticas trazidas pelos resultados de pesquisa: crianças e adolescentes que estão sob cuidados de uma única pessoa, não vão à escola e não brincam ou se divertem. Que experiência de participação na cultura, nos circuitos de socialização estamos ofertando a tais famílias? Porque o relato faz supor que também a mãe, pauperizada, solitária e sobrecarregada como única referência para seu(s) filho(s), tampouco participa do circuito social de modo a produzir linhas de vida para si e para os seus.

Retomando os apontamentos apresentados por Cruz (2011), as famílias demandam colaboração nos cuidados de suas crianças e adolescentes com deficiência. Entretanto, produzimos políticas públicas que exigem mais e mais de mulheres, sob a justificativa de garantir seus direitos e de seus filhos. Uma mulher cuja renda é, no máximo de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, precisa conhecer seus direitos, deslocar-se para o serviço, manter organizada a documentação comprobatória da deficiência de seu(s) filho(s). A mesma mulher é tomada como a principal informante sobre o acesso desse(s) filho(s) a todos os equipamentos sociais, bem como precisa estar atenta às necessidades dele e às suas respostas sociais (lembremos, são 119 questões!).

Muitas vezes, essa mulher, com essas condições de vida, é convidada a participar de atividades socioassistenciais comumente designadas de “cuidando do cuidador”. Em que pese a importância de as políticas públicas oferecerem espaços de compartilhamento de experiências, produção/fortalecimento de laços comunitários, não é possível desconsiderar que, se queremos, de fato, ofertar espaços-tempos para que essas mulheres possam experimentar episódios de saída da posição de isolamento e sobrecarga, é preciso garantir condições concretas para tanto. Isso significa que é preciso traçar um plano para que suas crianças e adolescentes estejam sob o cuidado de alguém, enquanto as mulheres

são convidadas a viver outra experiência que não a da fadiga da ultrarresponsabilidade diuturna sobre a vida de alguém.

Chegamos, então, a uma questão ética que, até onde a literatura disponível na área indica, mantém-se não debatida: a quase inexistência de ações socioassistenciais diretas de atenção a pessoas com deficiência, fazendo permanecer a mãe como mediadora da relação entre o mundo e a pessoa com deficiência. Os questionários mostram-nos: a pouca participação das pessoas com deficiência na aplicação do questionário, nas atividades dos Centros de Referência em Assistência Social e de serviços socioeducativos e de convivência, a participação da escola e dos equipamentos de saúde na maior parte das vidas das pessoas com deficiência. Ou seja, a PNAS, política pública que visa, principalmente, promover a produção de laços entre sujeito e mundo, a partir da sustentação de sua participação na família e na comunidade, não o está fazendo quando se trata de pessoas com deficiência.

O que percebemos, pelo contrário, é que, do modo como o Programa BPC na Escola vem sendo efetivado, reproduz-se uma lógica na qual as pessoas com deficiência são tomadas como público-alvo, mas não sujeitos ativos, tornando-as objeto de cuidado de suas famílias e das políticas públicas, invisibilizando suas experiências individuais e subjetivas frente às situações de deficiência e de vida, e restringindo suas possibilidades de participarem da construção desses cuidados e de projetos de vida. Afinal, não respondem a um questionário que busca conhecer sobre sua vida e aquilo que é respondido informa que pouco participam da vida pública. Supondo-se não ser necessária a interação direta com a pessoa com deficiência para acesso a informações, o Programa acaba por falar, então, **da** pessoa com deficiência, não **com** a pessoa com deficiência, intensificando-se, mais uma vez, a sobrecarga da mulher nos cuidados da família.

Importante ressaltar que o Programa BPC na Escola não pode ser reduzido à aplicação de um questionário. A análise de suas respostas deve, acima de tudo, traçar um panorama sobre as condições de vida de pessoas com deficiência em idade escolar e suas famílias pauperizadas, de modo a induzir políticas setoriais articuladas, que promovam seus direitos. Ademais, o próprio questionário não é mero conjunto de perguntas e respostas. Atendendo ao princípio fundante de qualquer política social, é oportunidade para encontro entre trabalhadores e comunidade, de modo a produzir conhecimento implicado, o que significa que, aquilo que passamos a compreender na entrevista com as famílias deve gerar plano de trabalho sobre os territórios habitados por elas.

Com a análise das respostas, passamos a entender que, no território estudado, não há redes informais de suporte para as mulheres. É preciso agir sobre isso e, intencionalmente, produzir condições de debate e implicação da comunidade e do Estado sobre a solidão

em que vivem tais famílias. Mais especificamente sobre as crianças e adolescentes com deficiência, cabe refletirmos sobre a promoção de formas de participação social, dado que os próprios trabalhadores da Assistência Social, na aplicação dos questionários, não os tomaram como interlocutores privilegiados e, portanto, perderam a oportunidade de criar estratégias de interação e produção de demandas para os serviços socioassistenciais.

Referências

- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília: MDS, 2005.
- _____. Portaria Normativa Interministerial nº. 18, de 24 de abril de 2007. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/bpc.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2018.
- CARLOTO, C.M. & MARIANO, S.A. No meio do caminho entre o privado e o público: um debate sobre o papel das mulheres na política de assistência social. Estudos Feministas, n. 18, v. 2, pp. 451-471, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2010000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 set. 2019.
- CRUZ, D. L. Família, deficiência e proteção social: Mães Cuidadoras e os serviços do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social pela Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. Brasília – DF. Escola Nacional de Administração Pública. 2011.
- DINIZ, B.F. “Batalha de mulheres”: aspectos do mundo do trabalho no cotidiano de um Cras. In: SARAIVA, L.F.O. (Org.), Assistência social e psicologia: (des)encontros possíveis. São Paulo: Blucher, 2017, pp. 85-112.
- DONZELOT, J. A polícia das famílias. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1980.
- MIOTO, R.C.T. & CAMPOS, M.S. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. Ser Social, n.12, pp.165-190, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
- SANTOS, Y.G. As mulheres como pilar da construção dos programas sociais. Caderno CRH, v. 27, n. 72, pp. 479-494, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792014000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 set. 2019.
- SARAIVA, L.F.O. A familiarização da assistência social: promoção de direitos e gestão da vida no encontro entre vulnerabilidades, (des)proteção e periculosidade. Tese (doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- SARTI, C. A. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez, 2003.

11. SOBRE MENINOS FERIDOS, COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS E USO DE DROGAS

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

*Figurinha premiada, brilho no escuro, desde a quebrada avulso
De gorro, alto do morro e os camarada tudo
De peça no forro e os piores impulsos
Só eu e Deus sabe o que é não ter nada, ser expulso
Ponho linhas no mundo, mas já quis pôr no pulso
Sem o torro, nossa vida não vale a de um cachorro, triste
Hoje cedo não era um hit, era um pedido de socorro
AmarElo (Emicida, 2019)¹*

O presente texto se propõe a explicitar algumas das inquietações advindas da experiência de atuação na docência e na gestão de políticas públicas de saúde mental, bem como na supervisão clínico-institucional de equipes que se responsabilizam pelo cuidado de crianças e adolescentes nos serviços territoriais de saúde mental, substitutivos ao aparato asilar. Mais especificamente, toma como questão a problematização da demanda aos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis pelo atendimento de adolescentes sob a justificativa de problemas com drogas, na maioria das vezes também em conflito com as leis, com o objetivo de sistematizar as contribuições de alguns autores para o desenvolvimento de ações que sejam convergentes ao norte ético da radicalização da defesa e da promoção dos direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente ECA).

São inúmeras as cenas recentes e os relatos atuais que remetem às diferentes representações sócio-históricas das crianças e adolescentes como propriedade dos adultos; como peças inacabadas a serem preparadas para um ideal de cidadania capturado por valores de consumo e meritocracia, com absoluta recusa da sensibilidade às suas especificidades e potências; ou como objetos de intervenção – seja de proteção, ou de vigília, em tempo, para prevenir desvios (TELLES, 2016; KUHMAN JR, 2005).

A convivência destas concepções produz inúmeras contradições sociais, ora se materializando em esforços para proteger e ofertar cuidados específicos, ora convocando

¹ A música AmarElo do Emicida nos acompanhará ao longo do texto, como trilha cultural e pulsante, que nos evidencia as dimensões da dor e da esperança.

espaços e práticas que submetem, excluem e mortificam, quase sempre tendo como ponto decisivo para o direcionamento dos esforços a desigualdade econômico-social, étnico-racial e de gênero (SURJUS, 2016, s/n).

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) é um tratado internacional que foi ratificado por 196 países, incluindo o Brasil – onde inspirou o texto da Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), objetivando a superação das concepções menoristas, estabelecendo como crianças todas as pessoas com menos de 18 anos, e as concebendo com direitos civis, políticos, sociais e econômicos, iguais aos de adultos, homens e mulheres, dos quais devem gozar plenamente em seu território. A CDC é composta por 54 artigos que podem ser compreendidos como um conjunto de capacidades que cada criança deve poder alcançar, sob compromisso e responsabilidade do Estado, sendo o descumprimento desses direitos entendidos como privações (UNICEF, 2018).

A concepção de crianças e adolescentes como sujeitos de direito deveria trazer consigo garantias de vida digna, perpassando pelo direito à vida, integridade corporal, educação, mobilidade, bem-estar, poder político, filiação, ludicidade, moradia, autonomia, entre outros (UNICEF, 2018), exigindo, portanto, a proteção à exploração sexual e de sua força de trabalho, a redução das condições de vulnerabilidade, o acesso privilegiado a políticas públicas, a escola como lugar, independente de condicionantes -, direitos ainda não garantidos a boa parcela dessa população, especialmente, no que concerne aos adolescentes.

Em comemoração aos 30 anos da Convenção sobre os direitos das crianças e adolescentes, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) publicou em 2019 um documento sobre avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil, onde fica evidente o impacto das políticas sociais na redução da mortalidade infantil (o país evitou a morte de 827 mil bebês), acompanhado, porém, da escalada da violência armada e dos homicídios que, nesses 30 anos, tiraram a vida de 191 mil meninas e meninos brasileiros entre 10 a 19 anos (UNICEF, 2019).

(...) têm se constituído como grandes preocupações: o avassalador aumento de homicídios de jovens negros – com um crescimento de quase 700% nos últimos 30 anos (WAISELFISZ, 2013; 2016); a morbimortalidade por suicídio (ABASSE ET AL, 2009) e automutilação (BRAGA CAVALCANTI, 2014); o aumento de consumo de medicamentos para controle de comportamento e melhora do desempenho intelectual (ORTEGA et al, 2010), o aumento e a antecipação do uso de drogas por estudantes (CEBRID, 2010). (SURJUS, 2016, s/n)

No campo da Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes importa destacar nesse texto, dentre todas as questões supramencionadas, a crescente destinação pelas escolas e serviços socioassistenciais de adolescentes para atendimentos em saúde mental, sob a

justificativa do uso de drogas, comportamentos agressivos, em sua maioria, já inseridos no sistema de justiça. Quase sempre, o encaminhamento se dá numa expectativa de imediata avaliação psiquiátrica, com prescrição de medicamentos, quase que como condição para a sustentação dos direitos à educação e ao acolhimento institucional. Por vezes, os adolescentes chegam aos serviços a partir do estabelecimento de medidas socioeducativas com predomínio absoluto de questões ligadas à questão do uso de drogas, ou ao tráfico.

Frente aos adolescentes, em sua maioria pobres e negros, se confundem sobremaneira as garantias previstas no ECA, a partir da doutrina da proteção integral, e as arbitrariedades que marcaram por décadas as ações forjadas na doutrina da situação irregular do menor, que regimentou a gestão dos filhos da pobreza entre a década de 1920 e final de 1970 no país; se atualizando na contemporaneidade, fortemente entrelaçados, os princípios médicos e legais que atravessaram a psiquiatria da infância e adolescência desde a sua constituição.

Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro

Ano passado eu morri mas esse ano eu não morro

Na década de 1970, Franco Basaglia (2010) nos indicava a falência da psiquiatria na sustentação do paradigma racionalista de identificação e solução de doenças, sendo o seu objeto frequentemente incurável, tendo na cronicidade a evidência de sua impotência (ROTELLI et al., 2001). Contudo, parece que o processo de medicalização² da vida tem atualizado o nivelamento arbitrário da psiquiatria que, segundo Basaglia (2010), a partir do conceito de nexos causais das ciências naturais, colocou entre parênteses as contradições da dialética entre indivíduo e organização, reduzindo aos elementos biológicos, também os psicológicos e sociais da experiência humana.

Para o autor, a psicopatologia fenomenológica, ao buscar a compreensão das vivências psíquicas experimentadas pelas pessoas, exigiria que deixássemos a 'doença' entre parênteses para que pudéssemos nos ocupar do 'doente'. Entretanto, reconhecendo no processo de institucionalização da loucura um dos mecanismos de exercício de controle dos corpos e de defesa do Estado em detrimento do direito dos cidadãos – conformando instituições de tutela que mortificam e invalidam, produzindo subjetividades esvaziadas de saber de si -, Basaglia (2010) reconhece na liberdade a via primeira para se efetivar qualquer possibilidade terapêutica.

² Para Tesser (2010), medicalização se refere à crescente incorporação de diferentes aspectos da condição humana, sejam sociais, econômicos ou existenciais sob o domínio do medicalizável; isto é, do diagnóstico médico, da terapêutica, da patologia etc.

Propôs então, sob o movimento da Psiquiatria Democrática, um deslocamento do campo antropofenomenológico e existencialista em direção a um campo social e politizado, que trouxe importantes consequências para a prática clínica, articulando compromissos terapêuticos com as necessidades concretas da vida das pessoas sofrem, engendrando movimentos clínico-políticos, a partir dos preceitos de liberdade e cidadania. Sustentando tal posicionamento numa dialética de construção de respostas às necessidades dos sujeitos junto àquelas do grupo em que se insere, enquanto corpo social – na construção e “expressão de uma subjetividade individual contida numa subjetividade coletiva” (BASAGLIA, 2010, p. 278).

A Reforma Psiquiátrica Coletiva brasileira, inspirada na experiência de Basaglia na Itália, ganha força no processo de redemocratização da década de 1980 no país, instituindo-se como política pública no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incidindo sobre o jogo de forças corporativas e econômicas que ditavam os caminhos da atenção às pessoas com transtornos mentais até então. Novas incursões teórico-práticas foram possíveis a partir de então, numa importante expansão de serviços territoriais, até o seu desenho mais amplo enquanto Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (ASSIS et al, 2014), com direcionamento ético do cuidado em liberdade; não sem encontrar inúmeras dificuldades, como o subfinanciamento histórico do SUS, a baixa oferta de acolhimentos por serviços com funcionamento ininterrupto, e um atraso histórico em tomar a questão do sofrimento de crianças e adolescentes, e dos problemas com drogas, como de extrema relevância para o projeto de uma sociedade mais justa e menos desigual.

Retomando nossa questão inicial, em se tratando de adolescentes, com problemas com drogas, quase sempre em conflito com a lei, há um acúmulo das dimensões que tornam o ideal de práticas clínico-políticas do cuidado em liberdade, um horizonte um tanto quanto distante. Sem esgotar todas elas, tomando algumas como fundamentais, o texto segue como convite ao debate.

Mano, rancor é igual tumor envenena raiz

Onde a plateia só deseja ser feliz (ser feliz)

De acordo com VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, realizado em 2010, os estudantes indicaram uso, no ano, de bebidas alcoólicas (42,4%), tabaco (9,6%), inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%). (CEBRID, 2010).

O uso de álcool tem sido identificado como principal fator de risco para morte e incapacidade de pessoas entre 15 e 49 anos, e um padrão cada vez mais comum entre os adolescentes e jovens, tem chamado atenção como um sério problema de saúde pública. O binge drinking (BD), padrão que pode ser caracterizado pelo consumo em uma única

ocasião de quatro doses de álcool para mulheres, e cinco doses para homem, pode provocar grave intoxicação e têm sido associado à violência física e sexual, acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco, e outros problemas de saúde (SANCHEZ, 2017).

O primeiro levantamento nacional dos padrões de uso de álcool no Brasil, realizado em 2005-2006, identificou uma prevalência de BD no ano anterior à pesquisa de (...) 53% entre os adolescentes do sexo masculino. (...) Estudo realizado em 2010, com estudantes do Ensino Médio das 27 capitais do país, revelou uma prevalência de 32% de prática de BD naquele ano, maior entre os adolescentes mais ricos e nas regiões Norte e Nordeste. (SANCHEZ, 2017, p. 195)

No III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (LNUD), aproximadamente sete milhões (34,3%) de adolescentes entre 12 e 17 anos reportaram ter consumido álcool na vida, 22,2% nos últimos 12 meses, 8,8% nos últimos 30 dias, e 5,0% (um milhão de adolescentes) o consumo em binge. A pesquisa também revelou que cerca de 1,3 milhão de adolescentes já consumiram cigarros industrializados na vida, e quase meio milhão (2,4%), nos últimos 30 dias. O consumo de medicamentos não prescritos, nos últimos 30 dias, foi referido 0,3% dos adolescentes (BASTOS et al., 2017).

No livro *Como um anjo canibal – drogas, adolescentes, sociedade*, um diálogo de Carlos Parada com Claude Olievenstein apresenta importantes subsídios para uma análise mais acurada acerca de nossa “sociedade complexa e contraditória na qual se dá o encontro, cada vez mais frequente dessas estranhas substâncias que chamamos de drogas com esses seres de carne e osso que são (...) nossos filhos” (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2005, p.7). Compartilho aqui, de forma destacada, as principais contribuições desses autores para a nossa busca, cotejadas ainda com contribuições de outras importantes referências no campo do uso de drogas e conflito com a lei ligadas à adolescência.

Segundo Olievenstein, desde as sociedades primitivas, na forma de rito, de reconhecimento do divino e do sagrado, estava presente o *pharmakon* – que significa, ao mesmo tempo, veneno e remédio; toda substância pela qual se altera a natureza de um corpo, de modo benéfico ou maléfico. O uso de substâncias não somente para anestesiá-la dor, mas como instrumento de prazer, teria sido uma descoberta bem mais recente, pela burguesia ocidental (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2005).

Contrapondo as perspectivas mais organicistas acerca dos problemas com drogas, Olievenstein toma o conceito de toxicomania³ para nomear um modo de estar no mundo que se produz como uma paixão por certas substâncias químicas e seus efeitos no corpo e no psiquismo, havendo, por meio dessa experiência, uma transformação radical nas

³ Mantere ao longo do texto a terminologia utilizada pelo autor, assumindo, entretanto, a denominação de problemas com drogas, compreendendo que é mais próximo do que encontramos no cotidiano dos CAPSij.

esferas do segredo e do sagrado. A ingestão dos produtos permitiria, assim, ultrapassar o real, de modo que ele não se configura mais como única verdade, tornando um outro mundo possível, levando a um movimento de procura intensa pelo restabelecimento da complexidade desse fenômeno, como uma porta de entrada para a liberdade. “Se um produto dá mais prazer que o conjunto de outros fatos e substâncias, pode resultar em adesões”, especialmente entre os “jovens que têm vontade de tudo, menos de ser trabalhadores respeitosos e obedientes” (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2005, p.20).

A experiência do entorpecimento como abertura de um portal para novos sentidos e sensações, bem como novas possibilidades de ser, já seria um bom convite para vidas jovens, desejosas e desejantes. Cabe refletir, transcendendo aos efeitos mais mágicos, que conexão poderia se estabelecer ainda na construção de subjetividades de adolescentes submetidos a múltiplas privações? Que portas para liberdade têm sido abertas a essa população?

Eu sonho mais alto que drones

Combustível do meu tipo? A fome

Considerando as dimensões de educação, informação, proteção contra o trabalho infantil, água, saneamento e moradia, além da monetária, o Unicef alerta que a pobreza infantil é um problema universal com impactos devastadores para crianças e adolescentes e para toda a sociedade, que no Brasil encontra uma disparidade inadmissível, em especial sob os marcadores de raça/cor e gênero, quando identifica que, das crianças privadas de serviços de saneamento, e que vivem em condições habitacionais inadequadas, 70 e 69% respectivamente, são negras; das 2,5 milhões de crianças que realizam algum tipo de atividade econômica, 4 vezes mais são meninas; e, da população de crianças e adolescentes no Brasil, 34% vivem em famílias cujos recursos são insuficientes para comprar uma cesta básica. (UNICEF, 2018).

Assim sendo, a pobreza na infância e na adolescência é entendida, em um sentido amplo, como o resultado de uma série de privações em um conjunto variado de dimensões ou capacidades materiais que constituem o bem-estar de crianças e de adolescentes (Paz, 2017). Essas capacidades têm a particularidade de ser condições (...) imprescindíveis para sobreviver, desenvolver-se e progredir na vida (UNICEF/Cepal, 2010). (...) Depreende-se dessa definição que a análise da pobreza na infância requer considerar aqueles fatores que impedem ou dificultam o acesso ao bem-estar, e cuja falta ou carência pode ser devida à discriminação e à exclusão, dois fatores que afetam o desenvolvimento geral e psicossocial de crianças e adolescentes. (...) Portanto, as privações representam a perda de liberdade para alcançar esses funcionamentos que as pessoas consideram valiosos (UNICEF, 2018, p. 20-21).

Para Paulo Freire (2014) o momento da adolescência é quando a criança toma consciência do que vem sendo, e que quanto mais o adolescente rompa com o projeto do que ele foi na infância, mais possivelmente problemática será a adolescência.

As drogas fazem parte dessa e de outras realidades sociais, sendo comum na juventude ocorrerem as primeiras experimentações, podendo estar associados ao próprio processo de construção de uma identidade social, no qual se busca o pertencimento a um grupo de pares (Souza et al, 2015).

Pode-se dizer que no contexto brasileiro existem “juventudes” que são integradas e marcadas por suas desigualdades e diferenças. Nesse sentido, “os jovens têm diversos rostos, cores, gênero, situações econômicas, orientações sexuais, crenças, locais de moradia e, ainda, diversificadas experiências de convivência com as chamadas ‘drogas ilícitas’ (...), bem como com as ‘drogas lícitas’.” Logo, torna-se importante compreender a juventude como uma categoria sócio-histórica e múltipla, o que coloca os jovens em variados graus de vulnerabilidade em relação à questão do uso de álcool e outras drogas (...), compondo dessa forma posições sociais heterogêneas. (SOUZA et al., 2015)

Para Sodelli (2010, p. 640), muitas vezes, o uso de drogas vai se revelar “como uma das possibilidades de alívio do cuidar, na precariedade do viver”, diante da angústia de ter que cuidar do próprio existir e dar sentido para o mundo, o que em muito parece responder ao que temos visto nos serviços territoriais: drogas usadas como que remédios; como aberturas à possibilidade de inscrição cultural mais interessante ou, por vezes, a única forma possível de inclusão econômica.

Para melhor concepção dos fenômenos de usos intensos de drogas em distintas realidades, Olievenstein nos propõe uma equação que prevê o encontro entre um produto, uma personalidade e um momento sociocultural. No caso de adolescentes, esse movimento poderia representar um mal-estar em relação ao seu próprio desenvolvimento pessoal, constituindo-se como uma barreira de proteção das angústias e emoções, num papel anestésico, oferecendo uma maneira de estar no mundo feita de prazer e sofrimento, de exclusão e reconhecimento, de medicalização e politização, por ter, essa população, sua conduta e definição dada a partir da polícia, da justiça, da psiquiatria, da psicanálise, e de outros saberes. O autor ressalta a presença de crianças toxicômanas em todos os países em desenvolvimento, o que nos países ricos se concentra entre estrangeiros, na maioria das vezes negros, e que assim se anestesiam e saciam sua fome, se tornando usuárias nocivas de drogas em razão primeira de suas necessidades e demandas (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2005).

Para o autor, quando avaliamos as situações que se apresentam a partir de um dos três parâmetros da equação – o produto – podemos cometer sérios equívocos em nossas respostas, como concluir acerca da periculosidade de jovens e desconsiderar o

efeito econômico do tráfico. Temos nos deparado, nos serviços, com um histórico desses equívocos na leitura dos problemas, culminando na construção de projetos de cuidado voltados para as reações de meninos aos processos de violência sofridos. Adolescentes com histórico de violência sexual, por exemplo, jamais cuidados por essa vivência, mas que se tornam motivos de discussão e articulação de redes tão somente a partir de suas reações agressivas vida afora, numa expectativa por diagnósticos e terapêuticas de controle.

***Achar que essas mazelas me definem, é o pior dos crimes
É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nóiz sumir***

Olievenstein nos adverte do duplo papel do produto no encontro com os adolescentes: de excitante, produzindo e promovendo outras realidades, e anestesiante, permitindo vivências de aproximação com a morte, mais tranquilizadoras. É o que figuraria como uma das explicações de sua vivência clínica, na qual, entre os clientes, seriam os “curados” os que mais suicidam. A droga acaba por fornecer um cimento que há um só tempo preenche os vazios, as rachaduras, e dá prazer; ainda que numa temporalidade acelerada, descontínua e lábil (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2005), que certamente incidirá sobre a subjetividade.

Da mesma forma, as atitudes de desrespeito e transgressão da lei podem ser lidas com suplemento e não elementos constitutivos dos indivíduos, frente às condições de vidas que lhes são oportunizadas, quando “a lei é insuficiente para consertar o que se quebrou”, “quando o que lhes é oferecido não é melhor que a rua”, por exemplo. É certo que são crescentes os casos cada vez mais complexos que se apresentam. Também é certo, que o saber da medicina pouco pode fazer, “exceto num plano social” (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2005, p. 38).

Vicentin (2016, p. 39) nomeia como “descriançável” o “empobrecimento ou mesmo um sufocamento dos processos de abertura, acolhimento e invenção de territórios com as crianças e adolescentes”, o que poderia derivar do desamparo, do abandono e da desimplicação dos adultos, e tomar formas disruptivas.

Se o ambiente fornece cuidados satisfatórios e se mostra capaz de reconhecer, aceitar e integrar essa manifestação do humano, a fonte de agressividade integra-se à personalidade total do indivíduo e será elemento central em sua capacidade de relacionar-se com outros, de defender seu território, de brincar e de trabalhar. Se não for integrada, a agressividade terá que ser escondida (na forma da timidez ou do autocontrole) ou cindida, ou ainda poderá redundar em comportamento antissocial, violência ou compulsão à destruição (VICENTIN, 2016, p. 38).

A autora nos convoca, enquanto adultos, a não ficarmos inertes diante de problemas apresentados pelas crianças e adolescentes, proporcionando acolhimentos e inventando “espaços possíveis de existência”, a partir de “dispositivos coletivos de proteção”, tomados enquanto “condições éticas que nos fazem usar um espaço com liberdade e pertinência”, abrindo “um inesperado fluxo de ternuras, de solidariedades” (VICENTIN, 2016, p. 40).

Para Paulo Freire (2014), a liberdade não se efetiva sem o limite da autoridade, mas um limite que não deve se explicitar através do mesmo e do castigo (que pode até criar docilidade e silêncio), mas amorosamente, dando sentido produtivo e criador ao ato rebelde, interiorizando a necessidade ética do limite, jamais através do medo. Os adultos ocupando o lugar de uma presença afetiva, asseguradora de paz.

Em 2011, um relatório da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE) afirmou que:

La cohesión social - los lazos que unen a las personas en el seno de las comunidades y la sociedad - puede ser un indicador del estado de salud de esas colectividades, así como el uso indebido de drogas y la delincuencia pueden ser síntomas de una sociedad “fracturada”, una sociedad aquejada de falta de cohesión. Amenazas para la cohesión pueden ser la desigualdad social, las migraciones, la transformación política y económica, una incipiente cultura del exceso, el auge del individualismo y el consumismo, los cambios operados en los valores tradicionales, los conflictos, la rápida urbanización, el colapso del respeto a la ley y la existencia de una economía basada en las drogas ilícitas a nivel local. (JIFE, 2011)

Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes

Tanta dor rouba nossa voz, sabe o que resta de nóiz?

Alvos passeando por aí

Não obstante as profundas relações históricas entre a psiquiatria e o judiciário, nos limites da normalidade/anormalidade; capacidade/incapacidade, os desafios de construção das crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, requerendo a invenção de proteções coletivas libertárias, percebe-se ainda que, nos cenários que envolvem o uso de drogas ilícitas, se amplifica a representação dos adolescentes pobres como delinquentes, submetidos sobremaneira às arbitrariedades médicas e legais.

Vicentin e colaboradores (2015, p. 20) chamam de “psiquiatrização de crianças e adolescentes a utilização dos temas da saúde mental na perspectiva da defesa social”, com as “ideias de proteção e direito a saúde utilizadas de pretexto para o controle social”. Para os autores, tecnologias vinculadas a essa lógica penal sanitária seriam funcionais à

“gestão de conflitos que crianças e adolescentes protagonizam no campo social”, muito comumente inseridas num circuito entre as ruas e os sistemas sociais e de justiça (VICENTIN et al, 2015, p. 21).

Esse processo viria se consolidando de um lado, pela expansão do domínio dos saberes *psi* acerca da infância, definindo condutas como desviantes/anormais, adentrando o campo da educação e justiça, anunciando a disponibilidade de tecnologias de medição e correção; e por outro, a repressão e coerção jurídica do considerado ilegal, promovendo a “abolição do indesejável” e a busca pela produção de “novas características corporais, sentimentais e sociais” (VICENTIN et al, 2015, p. 24).

Nessa composição de forças, o diagnóstico teria pouca utilidade para a identificação de necessidades de cuidado, mas seria um agravante na criminalização de certas condutas, na justificativa das ações de privação e tutela. Na prática, o *continuum* entre indicações clínicas e penais para a restrição de liberdade têm explicitado a semelhança entre as instituições socioeducativas e de internação psiquiátrica, convertendo o direito à saúde em dever, pena, em “punição-tratamento”; impondo indiscriminações entre o que pode ser lido como sintomas com “a reprodução das estratégias de resistência e transgressão próprias do sistema socioeducativo”. A indiferenciação dos espaços e sentidos de cada uma das ações (de proteção, cuidado ou socioeducativas) interferem diretamente na potência terapêutica e na produção de projetos de futuro – quando essa população fica reduzida ao estatuto de periculosidade, acaba-se por relegar a um plano secundário, o entorno de falência dos mecanismos de proteção de uma rede social, que passa a operar de forma policialesca e seletiva (VICENTIN et al, 2015, p. 24).

Como em outra reflexão, temos percebido que:

Essa institucionalização que captura e controla por dispositivos de biopoder, ressoa mesmo quando parte dessa população atinge um suposto status de não periculosidade para si e para os outros, que lhe permite sair dos muros das instituições de segregação. Para Basaglia (2010, p. 47), o que só se consegue mediante uma renúncia violenta de si, a ponto de se “lançar num mundo onde não encontrará lugar, habituada a não contar consigo mesma” sendo imediatamente derrotada. Para o autor, os profissionais, em seu também duplo papel técnico e social, devem ser responsáveis em revelar essa dupla exclusão para que, então, tomando consciência de ter sido excluída e recusada, a pessoa possa sair do estado de institucionalização a que foi submetida. Nesse campo, iminentemente clínico-político, a direção do resgate da cidadania do louco-drogado, deveria então ser priorizada numa dimensão política e social do cuidado. (SURJUS; ABREU, 2019, p.268)

Sem melodrama, busco grana, isso é hosana em curso

Capulanas, catanas, buscar nirvana é o recurso

É um mundo cão pra nóiz, perder não é opção, certo?

Uma outra sensível e decisiva contribuição de Vicentin e colaboradores é a análise do lugar ocupado pelos adolescentes no mercado de drogas ilícitas a partir da perspectiva do trabalho e da geração de renda, resgatando o disposto na Convenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) n. 182/1999, promulgada pelo Decreto n. 3597 de 2000, que “inclui o tráfico como prática análoga à escravidão e definida entre as piores formas de trabalho infantil”, impondo ao Estado o dever de desenvolver:

“ações de evitamento de exposição de crianças e adolescentes ao tráfico de drogas, bem como de proteção e reparação de danos em favor daqueles que já se encontram nessa situação, (...) razão pela qual **não há como manter, no mesmo adolescente, a figura de infrator da lei pela submissão aos circuitos de exploração de sua mão de obra**”. (VICENTIN et al, 2015, p. 44, grifos nossos)

Desejando que a produção dos autores de referência para o nosso debate desassossegue aos leitores sem, no entanto, paralisar, arrisco (um pouco mais) articular algumas das pistas que nos ofertam para a invenção de práticas de cuidado em liberdade junto a adolescentes.

Se a nossa opção é progressista, se estamos a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do arbítrio, da convivência com o diferente e não de sua negação, não temos outro caminho senão viver plenamente a nossa opção. Encarná-la, diminuindo assim a distância entre o que dizemos e o que fazemos. (FREIRE, 2014)

Pra que amanhã não seja só um ontem

Com um novo nome

Um doente, não doente. O reconhecimento do sofrimento relacionado ao uso de drogas na adolescência pode favorecer que se abram portas garantidoras de direitos – inclusive de existir –, sendo necessário que nós, trabalhadores da saúde mental, possamos nos opor somente aos desejos de controle de sua autonomia. A dialética entre prazer e tormento do uso problemático de drogas nos desafia a um caminho sem muitas certezas, com sentimentos ambivalentes... Contudo, para Olievenstein (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2005), a instabilidade presente nas vivências toxicômanas, também significam mobilidade, podendo conter grande potência transformadora, sendo mola para a conquista do objetivo

do trabalho: a democracia psíquica, apostando nos movimentos de entrada e de saída.

Democracia se aprende. Para alcançar a democracia psíquica, há que se explicar democracia, pois ela não é vivenciada nos cenários de desigualdade. Para a construção democrática é preciso saber que haverá luta, obstáculos, sendo fundamental que se possa suportar a ambivalência das escolhas das pessoas que usam drogas de maneira intensa. Não há democracia sem a chance de escolher (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2005).

Farsas são ruins para a República. Para o autor, o abismo entre a vida dos jovens e o que lhes propõem os adultos se torna perigoso para a República. A sociedade proibicionista amplifica os problemas com drogas, imergindo esse fenômeno num reino da farsa, onde engana-se acerca de tudo – há que se mentir para a família; sobre a dose; sobre a natureza da droga, sobre a voluntariedade do tratamento, sobre o desejo de parar de usar. A sociedade impondo a cessação do consumo de algumas substâncias, mas, paradoxalmente, pedindo o consumo de inúmeras outras.

Liberdade para adolescentes. Vicentin e colaboradores (2015, p. 39-40) indicam a exigência de se fazer a reversão do paradigma da incapacidade absoluta, para paradigma da capacidade constatada, garantindo seu protagonismo onde a diferença com relação aos adultos já deveria favorecer (direitos especiais, convivência família e comunitária e direito ao brincar); e incidindo sobre espaços e situações nas quais sua diferença inferioriza (a dúvida com relação a sua possibilidade de participação e autonomia).

Legalização. Olievenstein indica que há argumentos médicos, argumentos políticos e democráticos para a legalização das drogas. O autor sustenta que os primeiros se orientam pela necessidade de reduzir a periculosidade do desconhecimento acerca do que as pessoas de fato consomem, e da maneira que consomem; sendo os últimos fundamentais para intervir na transformação de usuários de drogas em delinquentes, construindo identidades para as quais as leis são injustas e a transgressão se faz necessária. “Para que um estado policial não substitua a democracia sob a justificativa de lutar contra as drogas” (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2015, p. 64).

Medicalização. O autor problematiza, por fim, a medicalização como única via de legalização das drogas, o que reproduziria a atual divisão social das drogas entre ricos, pobres, jovens, velhos, mantendo a medicina como pretexto, empobrecendo seu valor enquanto vetor de civilização e de produção do sagrado, na direção de um uso reacionário para manter o controle e submissão de desviantes.

Saúde é direito. Se a liberdade é a direção ético-política do cuidado, é função do

terapeuta propor os cuidados em consonância com a Reforma Psiquiátrica, e sustentar a diferenciação dos objetivos do cuidado, garantindo que os serviços de atenção não se tornem lugares de “pena-tratamento” (VICENTIN et al, 2015, p. 37). Não se pode aceitar determinações que conduzirão a limitação das liberdades, atualizando a função do asilo, afastando dos olhos e das cidades uma violência que expressa a recusa da sociedade atual e sua organização (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2015).

Outras oportunidades para alterar a consciência

Olievenstein reconhece que os produtos tóxicos acabam por permitir a libertação de uma certa palavra, um certo engajamento do mal-estar. Sodelli (2010) resgata o desejo e busca pela alteração das sensações, de ir conhecer seus limites, enquanto condição existencial humana, portanto legítima, que se pode se apresentar de diferentes formas como dançar, meditar, escalar, realizar outras atividades que colocam a vida em risco. Para o autor, havemos de superar os esforços em proclamar proibições, para propiciar projetos de cuidado que possibilitem vivências e lugares de ampliação da criatividade, oportunizando novos sentidos para “ser-no-mundo”, apostando também na mobilidade do fenômeno do uso intenso de drogas.

Autonomia. Para Freire (1996) há uma tensão existente entre autoridade e liberdade, em cuja interação deve haver equilíbrio e harmonia, veiculando uma autoridade competente que aposta na inquietude dos sujeitos. Isso se faz possível a partir de uma ética de convivência amorosa, que permita consciência dos deveres, respeitando desejos e recusas, sustentando o direito à escolha e todas as suas consequências; consolidando autonomia como possibilidade de assumir a sua própria liberdade.

“Não é possível refazer este país, democratizá-lo, humanizá-lo, torná-lo sério, com adolescentes brincando de matar gente, ofendendo a vida, destruindo o sonho, inviabilizando o amor” (FREIRE, 2014).

O adolescente deve ter possibilidade de perceber sua rebeldia sendo vivida enquanto um direito, não devendo se tornar, porém, um fim em si mesma. Não se pode ser um rebelde a vida toda, mas preservar a disposição de rebelar-se contra as injustiças do mundo (FREIRE, 2014).

Te vejo no pódio

Ano passado eu morri mas esse ano eu não morro

Referências

- ASSIS, J.T. et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-113, 2014.
- BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2010.
- BASTOS, F.I.P.M., VASCONCELLOS, M.T.L., BONI, R.B., REIS, N.B., COUTINHO, C.F.S. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Brasília: Fiocruz, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614> Acesso em: 10 nov 2019.
- CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010.
- FREIRE, P. Os silenciados não mudam o mundo. Documentário. Roteiro e Direção: Alexandre Alencar. Disponível em: <https://youtu.be/DK8hAbC8tME> Acesso em 11 nov 2019.
- JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES (JIFE). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011. Viena, Austria, 2011. Disponível em: < https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/INCB/INCB%202011/2011_INCB_ANNUAL_REPORT_spa_PDF.pdf > Acesso em: 11 nov 2019.
- KUHMANN JR., M. Resenha. Uma história da infância: da idade média à época contemporânea no ocidente. HEYWOOD, C. *Cadernos de Pesquisa*, v. 35, n.125, mai/ago. 2005.
- OLIEVENSTEIN, C., PARADA, C. Como um anjo canibal – drogas, adolescentes, sociedade. São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- ROTELLI F., LEONARDIS O., MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.
- SANCHEZ, Z.M. A prática de binge drinking entre jovens e o papel das promoções de bebidas alcoólicas: uma questão de saúde pública. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 26(1):195-198, jan-mar 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00195.pdf> >. Acesso em: 11 nov 2019.
- SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3):637-644, 2010.
- SOUZA, M.R.; SOUZA, C.R; DAHER, C.M.S.; CALAIS, L.B. Juventude e drogas: uma intervenção sob a perspectiva da Psicologia Social *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10 (1), São João del-Rei, janeiro/junho 2015.
- SURJUS, L.T.L.S. Saúde mental infantojuvenil – história, perspectivas e desafios contemporâneos. *Anais do III Congresso Internacional de Saúde Mental*, 2016, Irati-PR. Disponível em: <<http://anais.unicentro.br/cis/pdf/iiiv3n1/413.pdf>> Acesso em: 10 nov 2019.
- SURJUS, L.T.L.S., ABREU, D. Redução de danos: clínica aberta para a desinstitucionalização das relações entre pessoas e drogas. In: EMERICH, B.F., ONOCKO-CAMPOS, R.T. *SaúdeLoucura* 10. São Paulo: Editora Hucitec, 2019.
- TELLES, H.P.R.S. A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Bem-estar e privações múltiplas na infância e na adolescência no Brasil. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/2061/file/Bem-estar-e-privacoes-multiplas-na-infancia-e-na-adolescencia-no-Brasil.pdf>> Acesso em: 10 nov 2019.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. 30 anos da Convenção sobre os direitos da criança. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/6276/file/30-anos-da-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.pdf>> Acesso em: 11 nov 2019.
- VICENTIN, M.C.G., ASSIS, D.S., JOIA, J.H. O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas. Diké, Aracaju, ano IV, vol. I , jan/jul/2015, p.21 a 50. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/dike/article/view/3749>> Acesso em: 11 nov 2019.
- VICENTIN, M.C.G. Criar o descrençável. In: SÃO PAULO (SP). Caderno de debates do NAAPA : questões do cotidiano escolar. – São Paulo : SME / COPED, 2016. Disponível em: <<http://portal.sme.prefeitura.sp.gov.br/Portals/1/Files/27154.pdf>> Acesso em 11 nov 2019.

12. REDES DE ASSISTÊNCIA E DE PROTEÇÃO COMO DISPOSITIVOS DE RESISTÊNCIA À INSTITUCIONALIZAÇÃO PROLONGADA E À TANATOPOLÍTICA

Vlândia Jucá

Laís Flores

Mãos Dadas

(Carlos Drummond de Andrade, 1940)

Não serei o poeta de um mundo caduco.

Também não cantarei o mundo futuro.

Estou preso à vida e olho meus companheiros.

Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.

Entre eles, considero a enorme realidade.

O presente é tão grande, não nos afastemos.

Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.

Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,

não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,

não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida,

não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins.

O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes, a vida presente.

Introdução

De acordo como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o acolhimento institucional deve ter caráter excepcional e ser dotado de natureza provisória, em circunstâncias nas quais violações de direitos acontecem. Portanto, retirar crianças e adolescentes do convívio familiar e de suas comunidades deve ser a última alternativa, quando as estratégias de assistência e de proteção primária não foram suficientes para garantir a permanência das crianças e dos adolescentes com seus responsáveis.

A despeito dos casos nos quais a reinserção se efetiva, em várias outras circunstâncias, o que deveria se configurar como transitório e ser uma exceção, acaba por se tornar permanente. Famílias imersas em contextos de pobreza, residentes em territórios marcados pelas violências física e simbólica, falecimento do(s) cuidador(es) principal(ais) ou situações de sofrimento psíquico grave na família e/ou abuso de substâncias psicoativas, dentre tantas outras variáveis, tornam o retorno para o contexto familiar mais delicado.

Neste ponto, é de crucial importância um olhar cuidadoso dirigido a essas famílias, para que não as tornemos as únicas responsáveis pela não manutenção de seus filhos sob seu cuidado. Famílias, muitas vezes, estigmatizadas como disfuncionais, ou pior, como produtoras de filhos em série, por total ausência de cuidado ou mesmo pelo interesse de “lucrar” com sua prole através dos benefícios estatais ou pela exposição deles ao trabalho nas ruas e/ou à exploração sexual. Através desta rotulação, desconsideramos suas histórias, quase sempre, marcadas pela desassistência, pela violação de direitos e pela violência do Estado como componentes importantes, atualizados intergeracionalmente.

Para os adolescentes retirados de suas famílias desde a primeira infância e que se constituíram subjetivamente em unidades de acolhimento, há que se considerar os efeitos desse contexto em seus processos de subjetivação. A inconstância, a imprevisibilidade e a violência presentes na sua relação com a alteridade – que, por vezes, esteve presente durante seus primeiros anos de vida e foi motivo para sua retirada do contexto familiar e comunitário – nem sempre encontra fim durante o percurso de acolhimento institucional.

É comum encontrarmos adolescentes, independente de terem entrado no acolhimento ainda crianças ou não, marcados pela experiência de circulação entre instituições de acolhimento, geralmente por não se adequarem às regras das unidades de acolhimento. Por vezes, a circulação entre instituições é permeada por tentativas mal sucedidas de reinserção familiar. No contexto da cidade de Salvador, onde realizamos o projeto de extensão “Adolescência, Acolhimento Institucional e Clínica do Desamparo”¹, através do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, observamos, com frequência, a transferência desses adolescentes de unidades de acolhimento filantrópicas para as unidades da rede municipal, as quais acabam se ocupando de um público com dificuldades ainda maiores em termos da reinserção familiar e inserção em equipamentos comunitários, com destaque para a permanência na escola e conclusão do ensino médio. As distorções de série e idade são frequentes e significativas e raros são os que atingem a maioridade legal com alguma profissionalização. Além disso, muitos passaram por períodos em situação de rua, por experiências com o sistema socioeducativo, por situações de conflito com a lei, por situações de violência que ameaçavam suas vidas, resultando na necessidade de serem inseridos no Programa de Proteção à Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAM), com consequente transferência para outros Estados.

As dificuldades nos processos de reinserção não apenas familiar, aliadas às dificuldades

¹ O projeto foi implementado em 2018, como prática de extensão voltada para o atendimento clínico de adolescentes em acolhimento institucional em Salvador. Até meados de 2019, o projeto foi coordenado pelas autoras deste capítulo e segue sob a coordenação de Laís Flores e de Suely Aires, docente do IPS-UFBA.

em termos de percurso formativo mais amplo, envolvendo escola, cursos profissionalizantes, inserção em dispositivos de cultura e de lazer, podem impulsionar tais jovens a colocarem-se em situações de risco intensas. Isto acontece, em especial, na faixa entre 15 e 18 anos, quando a maioridade se anuncia, sem que eles tenham, muitas vezes, qualquer perspectiva de habitação, de inserção laboral ou mesmo de uma longevidade além da própria adolescência. A percepção de já terem perdido tudo não é rara. As projeções para o futuro, portanto, fazem pouco sentido e o tempo em que a vida se conjuga é o presente.

Tanto nos motivos que levam ao acolhimento institucional, quanto nos casos em que a reinserção familiar não se mostra viável, é fundamental refletirmos sobre um elemento presente em praticamente todas as políticas públicas que versam sobre crianças e adolescentes: a rede. Tal noção tem se tornado lugar-comum no discurso dos trabalhadores de setores diversos, seja para afirmar a necessidade de efetivá-la, seja para narrar a impotência derivada das dificuldades em concretizá-la. Partimos do pressuposto de que as redes de proteção e de assistência se configuram, tanto como uma estratégia central para evitar o acolhimento institucional, quanto para contornar situações recorrentes de perda dos adolescentes próximos da maioridade, seja na violência urbana, por situações de exploração sexual ou simplesmente porque desaparecem, sem deixar rastros dos rumos que seguiram. Nestes momentos especificamente, os adolescentes preferem sair de cena antes que seu abandono e a experiência do desamparo se reinscrevam.

Diante do cenário político atual – marcado pelo avanço do neoliberalismo, desconstrução das políticas estatais, desresponsabilização do Estado em garantir os direitos básicos de seus cidadãos, aumento do desejo de institucionalização, principalmente dos adolescentes pobres, associada a um desejo de extermínio desses jovens a partir de um imaginário que os criminaliza de antemão – faz-se necessário enfrentarmos a discussão acerca da institucionalização decorrente do acolhimento institucional, associado à tanatopolítica², e a importância da ação conjunta de equipamentos públicos como resistência a tais movimentos de exclusão e de extermínio.

Conforme o Atlas da Violência de 2019, em 2017, 54,5% das vítimas de homicídios por arma de fogo eram jovens entre 15 e 29 anos. O Mapa da Violência/Homicídio por armas de fogo no Brasil, de 2014, apontou que a população negra, na Bahia, tem três vezes e meia mais mortes relativas do que a população branca. Analisando estes dois dados, podemos afirmar que a população jovem e negra tem mais chances de ser assassinada por armas de fogo que qualquer outra população. Já o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2017 demonstra que, no ano de 2016, das mortes decorrentes de intervenções policiais, 99,3%

2 Decisão política sobre o limiar em que uma vida pode ser considerada como importante ou desprezível, assinalando um ponto em que a decisão sobre a vida passa a ser uma decisão sobre a morte (AGAMBEM, 1995;2002).

eram homens, 81,8% eram jovens e 76,2% eram negros. Desta forma, pode-se perceber que o alvo principal da letalidade policial são os jovens homens negros. Neste sentido, Butler (2009;2015) defende que alguns sujeitos necessitam que o Estado os proteja da própria violência que o Estado promove.

Esta política de Estado está amparada também na aprovação de parte da sociedade sobre esta prática. o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2016 aponta que 57% da população concorda com a frase “Bandido bom é bandido morto”. Duas pesquisas nacionais – CNT/MDA e DataFolha –, de 2013, mostram que 93% dos entrevistados se manifestaram a favor da redução da maioridade penal para 16 anos, sendo que, para 72% dos participantes, esta redução deveria ser feita independentemente da gravidade do crime cometido (GHIRINGHELLI, 2015)

Porque este público é o alvo central dessa política? No sentido das virtualidades, do que pode vir a ser/fazer, as concepções de adolescência e de periculosidade se aproximam. Como as noções de risco e de perigo são produzidas socialmente, a cada momento são escolhidos os alvos a serem combatidos. Neste momento de congelamento do investimento em políticas públicas, incluindo aquelas para a infância e adolescência a fim de garantir acesso aos seus direitos fundamentais (à vida e à saúde; à liberdade, ao respeito e à dignidade; à convivência familiar e comunitária; à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer; e à profissionalização e à proteção ao trabalho (BRASIL, 1990)) e com a retomada da discussão da redução da maioridade penal no Congresso Nacional em 2015, os inimigos da vez voltam a ser os adolescentes pobres (VAVASSORI, 2016). Nessa discussão, ressurgem argumentos de que os jovens são cruéis e que, em alguns casos, a periculosidade é inerente tanto ao indivíduo quanto ao grupo ao qual ele pertence, restando pouco ou nada a ser feito em relação a eles (CAPPI, 2015;2017).

Assim, em contrapartida à baixa oferta de serviços públicos – assistenciais, culturais, educacionais, esportivos, de lazer, de saúde, de suporte à entrada no mercado de trabalho – que possam fazer concorrência ao estilo de vida ofertado pelo tráfico de drogas, criminaliza-se a juventude pobre, negra em sua maioria, e atribui-se a eles uma etiqueta prévia de periculosidade entrincheirando-os em uma trajetória preestabelecida (FLORES, 2018). Coimbra e Nascimento (2005) afirmam que existe um caminho delineado para a pobreza, sendo a exclusão social e/ou o enclausuramento (seja nas prisões, nas instituições de privação de liberdade ou nas instituições de acolhimento) o lugar destinado àqueles que sobrevivem ao extermínio.

Neste sentido, Butler (2009;2015, p. 40) afirma que “a possibilidade de manutenção da vida depende das condições sociais e políticas, e não somente de um impulso interno

para viver”. Portanto, o objetivo deste capítulo é defender o trabalho em rede, em especial aquele com potencial para prevenir o acolhimento institucional ou promover a desinstitucionalização, como resistência, em última instância, a tanatopolítica.

Acolhimento Institucional: quando e por quê?

O serviço de acolhimento institucional é um espaço de proteção provisório e excepcional, destinado a crianças e adolescentes privados da convivência familiar por meio de medida protetiva de abrigo, em decorrência de situação de risco pessoal ou social ou violação de direitos, cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção, até que seja viabilizado o retorno ao convívio com a família de origem ou, na sua impossibilidade, encaminhamento para família substituta (BRASIL, 2004). É de aplicação exclusiva do juiz de direito, deve servir como forma de transição para reintegração familiar e não implica em privação de liberdade. Em tese, o acolhimento só deve ocorrer em último caso, em situações nas quais as medidas protetivas mais brandas não foram eficazes. Ademais, ainda que se aplique a medida de acolhimento, as demais medidas protetivas³ também deverão ser aplicadas, concomitantemente, a fim de garantir a proteção dos seus direitos (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS – diferencia os níveis de complexidade da assistência social em Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE). A PSE ainda se subdivide em dois níveis de complexidade: média e alta. Nesta definição, adolescentes em conflito com a lei são considerados como sendo público-alvo de intervenção da Proteção Social Especial de média complexidade e os que estão em situação de vulnerabilidade que requerem abrigamento em local afastado da família e da comunidade de origem são classificados como estando dentro da Proteção Social Especial de alta complexidade. O que diferencia os níveis de complexidade aqui é justamente a fragilidade ou o rompimento dos vínculos familiares e comunitários (FLORES, 2018).

Os serviços de alta complexidade realizam-se por meio de serviços que garantam o acolhimento em ambiente com estrutura física adequada, oferecendo condições de moradia, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade. Os serviços também devem assegurar o fortalecimento dos vínculos familiares e/ou comunitários e o desenvolvimento da autonomia dos usuários (BRASIL, 2004). Os documentos oficiais que normatizam os procedimentos institucionais preconizam os seguintes princípios:

3 II orientação, apoio e acompanhamento temporários; III matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; IV inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio a família, a criança e ao adolescente; V requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial VI inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

excepcionalidade e provisoriedade do afastamento do convívio familiar; preservação e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; garantia de acesso e respeito à diversidade e não discriminação; oferta de atendimento personalizado e individualizado; garantia de liberdade de crença e religião e respeito à autonomia da criança, do adolescente e do jovem (BRASIL, 2006).

O olhar sobre as famílias de origem dos que se encontram acolhidos é uma primeira reflexão necessária para pensarmos nas trajetórias que resultam na retirada de crianças e de adolescentes da guarda dos seus pais ou substitutos. O acolhimento institucional advém quando políticas públicas de enfrentamento à pobreza, de assistência e de proteção às famílias não foram suficientes para evitar situações de vulnerabilidade, de violência e de esgarçamento dos laços entre os membros de um grupo familiar e entre esses e sua comunidade. Mesmo reconhecendo que nem sempre a permanência no contexto familiar pode ser um fator protetivo para crianças e adolescentes, a retirada deveria operar como último recurso. Evitá-la depende, no entanto, de investimentos públicos como o Bolsa Família, configurado como um programa de transferência direta de renda para famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza com intuito não apenas de enfrentar a condição de miséria, mas de superar a precariedade social passada de geração a geração. Nesta direção, o programa Bolsa Família, tomado aqui como exemplo, agregado a outras políticas públicas no âmbito da educação, da saúde e da assistência social, foi um elemento importante, tanto para manutenção de núcleos familiares como para a reinserção de jovens em seu contexto familiar e comunitário.

Se, por um lado, não se pode definir a princípio que uma família será sempre o lugar mais adequado para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, a existência e o aprimoramento de políticas de combate à pobreza e de proteção social são cruciais como medidas de prevenção para que o acolhimento institucional não se torne o único recurso possível. Não se pode, nesse sentido, desconsiderar historicamente o fato de que a maior parte das crianças em acolhimento institucional são oriundas de famílias de baixa renda, marcadas pela exclusão social e pelo subemprego.

Na vigência do paradigma científico higienista, nos séculos XIX e XX, foram estabelecidas normas e regras de cuidados de higiene com os membros da família, a qual passou a ser vista como nefasta aos seus filhos, seja por portarem os vícios da ociosidade e dos maus costumes (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008; RIZZINI, 1997), seja por sua incapacidade em seguir tais orientações médicas (FREIRE COSTA, 1979; VENÂNCIO, 1999). A irresponsabilidade e a ignorância definiram a essência da infração familiar. Neste sentido, Freire Costa (1979) afirma que muito do que é encontrado hoje no que se chama de desestruturação familiar

– termo tão utilizado nos serviços de assistência social –, são consequências históricas da perspectiva higienista.

As famílias pobres, então, são pensadas como produtoras de vícios e de indivíduos perigosos que devem ser retirados da cena pública, seja através das diversas formas de institucionalização, seja através do deixar morrer ou de efetivamente matar, em situações de confronto geralmente atreladas ao tráfico de drogas e à polícia. A institucionalização de crianças e de adolescentes ocorre através da longa permanência nas unidades de acolhimento, bem como da internação em comunidades terapêuticas as quais recebem repasses do Estado de acordo com a idade dos seus internos⁴.

Sobre as comunidades terapêuticas, é importante ressaltar a centralidade que estas tem adquirido a partir dos novos direcionamentos na política de saúde mental, bem como o fato das internações de jovens acontecerem como consequência do risco de morte em suas comunidades de origem e não necessariamente por critérios clínicos relativos a problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas. As comunidades terapêuticas foram incluídas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no momento mesmo de formalização da RAPS, através da portaria 3088, de 2011. Seu lugar foi fortalecido através do Decreto de N.º 9.761, de abril de 2019, no qual as comunidades aparecem como o principal dispositivo assistencial, em detrimento aos dispositivos que atuam a partir da redução de danos. No referido decreto, a questão das substâncias psicoativas retorna a ser vista e tratada mais como uma questão de segurança pública do que como cuidado em saúde mental propriamente dito.

Ademais, cabe destacar a Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019, do Ministério da Saúde, na qual a internação de crianças e de adolescentes em hospitais psiquiátricos foi resgatada como alternativa assistencial:

Vale ressaltar que não há nenhum impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes.

Deste modo, ao mesmo tempo acontece a pauperização das políticas e dos equipamentos mais afinados com o Estatuto da Criança e do Adolescente e com a reforma

4 No edital da SENAD de número 1/2018, lançado para credenciamento de novas comunidades terapêuticas, chama a atenção o valor mensal por adolescente em comparação com o de um adulto ou de uma mãe nutriz. Os valores estabelecidos no edital eram de: “a) R\$ 1.172,88 (um mil cento e setenta e dois reais e oitenta e oito centavos), por mês, por serviços de acolhimento de adulto; R\$ 1.596,44 (um mil quinhentos e noventa e seis reais e quarenta e quatro centavos), por mês, por serviços de acolhimento de adolescente e c) R\$1.528,02 (um mil quinhentos e vinte e oito reais e dois centavos), por mês, por serviços de acolhimento de mãe nutriz, acompanhada do lactente”.

psiquiátrica brasileira e ainda são retomadas as perspectivas higienistas, produtoras de exclusão e com alto potencial de corrosão dos vínculos familiares e comunitários.

Institucionalização de crianças e adolescentes e tanatopolítica: caminhos que se cruzam

A primeira instituição oficial de acolhimento integral de crianças e adolescentes data de 1726, em Salvador, a famosa Casa dos Expostos, criada pela Santa Casa da Misericórdia. Com o propósito de catequização da população brasileira e com a função ao possibilitar aos cristãos o exercício de sua caridade e amor ao próximo, a Igreja Católica assumiu, muito cedo na história do país, o trabalho de cuidar de crianças e adolescentes abandonados (VENÂNCIO, 1999). Assim, os ideais caritativos deste trabalho ainda estão presentes nas atuais instituições de acolhimento, especialmente nas não governamentais.

Vale ressaltar que durante cem anos o Estado classificou e tratou as famílias pobres, incluindo aí suas crianças e adolescentes, como perigosos, portanto, merecedores de uma intervenção específica. O Código Penal de 1890 trata os menores de 14 anos em conflito com a lei como “delinquentes” e os julgava penalmente caso sua conduta tivesse sido com discernimento.

O Código Melo Mattos, de 1927, também chamado de Código de Menores, é a primeira política pública para a infância, direcionada exclusivamente à abandonada e à delinquente, ou seja, à infância pobre. O termo “menor” era usado exclusivamente para eles, em oposição à denominação “criança”, usado para os demais sujeitos dessa faixa etária (ABREU, 2010). Este código foi revisado em 1979, com poucas alterações, sendo revogado somente em 1990, com a promulgação do ECA. Nesse ínterim, foram criados os sistemas FUNABEM/FEBEM, instituições totais públicas que faziam propaganda solicitando que os pais entregassem seus filhos ao poder público, com a promessa de que sairiam homens e mulheres “de bem”. Contudo, Silva (1997) afirma que o modo de socialização impingido dentro das FEBEMs promoveu uma criminalização do interno e o termo ganhou tanto peso que os egressos desses sistemas eram denominados de “ex-menores”, não porque completaram a maioridade, mas porque foram alvo desta política pública. Os Códigos de Menores de 1927 e de 1979 definem o que são crianças vadias, preveem seu encaminhamento para instituição de *caridade*, de ensino, ou em “*escola de preservação*” e delega poderes totais ao magistrado, de modo que a maioria das crianças recebia concomitantemente uma sentença definitiva de internação (SILVA, 1997)

É importante destacar que nesses dois Códigos não havia diferenciação, em termos de lei e de atendimento prestado, entre crianças em situação de vulnerabilidade social – rua, exploração do trabalho infantil, abandono, negligência, maus tratos etc – daqueles em

situação de conflito com a lei. Todas as crianças eram *recolhidas* em um mesmo espaço, ficando a cabo do juiz de menores decidir por quanto tempo ficariam reclusas. A mistura dos “menores” alimentou o imaginário popular de que vulnerabilidade social está diretamente ligado a conflito com a lei, portanto, periculosidade, qualquer que seja a situação.

Durante os sessenta anos que separaram o primeiro código de menores da Constituição Federal de 1988, ocorreram duas guerras mundiais, resultando na criação do Unicef⁵, na aprovação das Declarações Universais dos Direitos Humanos (1948) e dos Direitos da Criança (1959), todos pelas Nações Unidas. É nesta declaração que a criança passa a ser vista como prioridade absoluta e como sujeito de direitos (MARCÍLIO, 1998).

A constituição de 1988 finalmente positiva os direitos da criança e do adolescente em seus Artigos 227, 228 e 229 e os ratifica com a promulgação do ECA, em 1990. O ECA representa uma grande mudança legal de paradigma com relação às práticas e ideias frente a criança. A nova lei é dirigida a todas as crianças e adolescentes, sendo considerada uma lei universal. Aqui, crianças em situação de risco pessoal ou social estão amparadas pelas medidas de proteção, podendo ser encaminhadas para unidades de acolhimento institucional, diferentemente dos adolescentes em conflito com a lei, que, caso sejam encaminhados para cumprimento de medida em privação de liberdade, irão para um local específico, de responsabilidade estatual, atualmente denominado na Bahia de Comunidade de Atendimento Socioeducativo – CASE⁶.

De acordo com Butler (2009; 2015), existem normas sociais e políticas que atribuem níveis diferenciados de reconhecimento entre os sujeitos, criando enquadramentos que nos fazem apreender algumas vidas como dignas de serem vividas e outras não. Essa diferenciação gera ontologias específicas do sujeito (os loucos, os mendigos, os perigosos), determinando quais vidas têm o direito de serem protegidas das que não têm. Deste modo, para alguns grupos são assegurados direitos sociais básicos, como alimentação, abrigo, cuidados médicos, enquanto outros grupos são submetidos a condições de privação de direitos legais, como fome, subemprego e, principalmente, exposição diferenciada à violência e à morte (BUTLER, 2009; 2015).

São forjados, então, esquemas de inteligibilidade para definir o que é humano e o que não é. A partir destes esquemas de inelegibilidade, critérios de risco são estabelecidos, criando-se perfis de sujeitos que necessitam da intervenção do Estado, de preferência,

5 Orgão responsável por socorrer as crianças dos países devastados pela guerra - 1946

6 Para o adolescente – indivíduo entre 12 e 18 anos incompletos, conforme a lei – autor de ato infracional, a autoridade judicial poderá aplicar medidas tanto socioeducativas quanto protetivas, a depender da situação que o levou a infracionar. Assim, mesmo que a medida socioeducativa seja a de privação de liberdade, que pode ter um prazo máximo de três anos, o seu caráter não é simplesmente sancionatório, mas também educativo.

preventivamente. (CASTEL, 1981;1987). O risco não configura uma característica específica de determinado indivíduo ou grupo, mas, antes, está relacionado a dados gerais ou fatores que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis. A periculosidade é então uma noção misteriosa, visto que sua confirmação só pode ser dada caso aconteça algo que prove sua existência. Assim, a atribuição de periculosidade a alguém é dada *a priori* a partir de um cálculo de probabilidade intuitivo, baseado nos dados da vida do sujeito. Neste sentido, o diagnóstico de periculosidade é uma categoria forjada do possível sobre o real (CASTEL, 1981;1987).

Foucault (1978;2010) defende que é possível criminalizar um sujeito e fazê-lo pagar penalmente sem necessariamente ter que determinar sua culpa, mas correlacionando-o ao risco de criminalidade que constitui sua própria personalidade. Ele é responsável porque apenas por sua existência representa risco. Essa construção é importante de ser delineada visto que impacta diretamente na vida de crianças e adolescentes que vivem em comunidades, considerando que todos eles são vistos como potenciais criminosos. Todos os órgãos de proteção do Sistema de Garantia de Direitos trabalham na tentativa de evitar este desencadeamento na trajetória de vida desses indivíduos, mas sempre no limite da suspeição. Os que estão envolvidos com a criminalidade possuem um caminho traçado pelo sistema de justiça muito difícil de ser revertido. Os que não estão, ainda, ficam sob os olhos suspeitos das instâncias de controle social, sejam elas escolas, conselhos tutelares ou a própria vizinhança (FLORES, 2018).

Foucault (1976;2001), ao falar de biopolítica, na qual uma sociedade afirma seu poder sobre a vida, na sua função de garanti-la, sustentá-la e multiplicá-la, a pena de morte se torna limite e contradição. Para invocá-la, então – ainda que não discriminada pela Constituição, mas legitimada pelo Estado através de execuções sumárias sem chance de defesa dos sujeitos –, é preciso ressaltar não apenas o crime, “mas a monstruosidade do criminoso, sua incorrigibilidade e a salvaguarda da sociedade. São mortos legitimamente aqueles que constituem uma espécie de perigo biológico para os outros” (FOUCAULT, 1976; 2001, p. 130).

Temos, então, os jovens institucionalizados, que são vistos como problemáticos, hostis, marginais, carentes e pouco qualificados. Há também a percepção de que são solitários, tristes e malcuidados (WENDT, 2016). Esta caracterização dos jovens que necessitam deste tipo de assistência social não é feita somente pela população que não tem contato com eles. Em sua revisão de literatura, Wendt (2016) encontrou que os próprios profissionais das instituições de acolhimento possuem imagens negativas em relação aos adolescentes em questão. Como discutimos acima, o fato de unidades de acolhimento terem atendido, ao mesmo tempo, crianças e adolescentes que necessitavam de proteção social e que estavam

em conflito com a lei pode contribuir para a percepção negativa sobre todos os acolhidos. Assim, os educadores oscilam entre dois polos, considerando-os ora como vítimas, ora como algozes. A desqualificação social desses jovens tem efeitos de culpabilização dos acolhidos por sua situação (WENDT, 2016). Tal culpabilização individual por situações de abandono leva a uma negação dos problemas estruturais da sociedade, como desemprego, falta de políticas efetivas de assistência social, acesso aos direitos fundamentais. Além disso, deposita no sujeito a responsabilidade de sair dessa situação sozinho, por sua própria vontade (ARPINI, 2003).

Por forças dessas questões, ainda há, no imaginário social, uma grande apreensão sobre a índole daqueles que precisam de acolhimento institucional e uma indistinção entre instituições de acolhimento e de privação de liberdade, e, acredita-se que seu assassinato é necessário para a preservação da ordem social e redução da criminalidade. É importante, portanto, repensar não só a lógica de funcionamento das instituições, como a responsabilidade de todos os serviços da rede socioassistencial para minimizar os efeitos deletérios do estigma existente em torno dos jovens em questão.

Considerações Finais

Trabalhamos, no decorrer do capítulo, com dois eixos de problematização. O primeiro referente aos riscos da institucionalização de crianças e adolescentes, seja através de uma permanência prolongada nas instituições de acolhimento, seja pela internação em comunidades terapêuticas e/ou em hospitais psiquiátricos. Partimos da premissa de que a institucionalização decorre de situações nas quais a rede de assistência e de proteção não ocorreu de modo efetivo. Esta rede envolve, comumente, saúde, educação, assistência social e poder judiciário e deveria operar sobre os contextos familiar e comunitário da criança e do adolescente.

O segundo eixo de reflexão percorrido se cruza com o da institucionalização e concerne à tanatopolítica enquanto estratégia do Biopoder, através da qual no lugar de se “fazer viver”, destaca-se o deixar morrer ou, eventualmente, o matar. Portanto, uma política pautada no extermínio, especialmente da juventude negra e pobre, oriunda de famílias marcadas por processos transgeracionais de exclusão social. Os argumentos apresentados no tópico reservado ao debate em questão procuram demonstrar como, historicamente, adolescência e periculosidade foram sendo associadas. Procuramos ainda apresentar o processo através do qual a morte se insere no horizonte dos jovens, não apenas no matar ou no morrer, mas, também no deixar-se matar ou morrer.

É importante entender que se trata de um processo. Antes de se deparar com a morte, o adolescente, desde a infância, foi se subjetivando nos moldes do “*homo sacer*”, o homem “matável”, aquele cuja vida não tem valor agregado, nem político, nem sagrado. Este lugar reservado a ele no campo social não passa despercebido ao adolescente. Para alguns, em particular, lançar-se em situações de risco, pode ser antecipar a morte a qual estão destinados ou ainda fazer um apelo último àqueles que deles se ocupam, questionando, afinal, será que realmente sua vida nada significa para o Outro?

Acreditamos que para evitar, tanto a institucionalização quanto a tanatopolítica, que vem a seu reboque, um caminho é não recuar nas políticas construídas e operá-las através do que chamaremos aqui de “efeito-rede”, no lugar da rede a qual comumente evocamos em textos que versam sobre assistência e proteção. Efeito-rede é um termo pensado no âmbito do presente escrito e inspirado no “efeito-equipe” trabalhado por Mendes (2012), em sua tese de doutorado. Ao tratar de equipes de saúde e da construção de casos clínicos, a autora afirma:

[...] a equipe não existe previamente a um caso, ao contrário, é a construção do caso que faz existir uma equipe, ou melhor dizendo, o que chamamos de efeito-equipe. A construção do caso clínico, ao implicar os profissionais, faz existir uma equipe, fazendo valer que ali há sujeitos concernidos pelo caso, o que é distinto de uma equipe composta, por exemplo, pelos profissionais designados burocraticamente pela instituição. Além disso, não pode-se entender o efeito-equipe como o estabelecimento de uma unidade, de uma equipe coesa em torno do caso, nem tampouco que todos os profissionais se impliquem, mas que um ou mais profissionais, ao serem tocados cada um ao seu modo pelo impasse, se tornem um aprendiz do caso, o que reorienta suas intervenções, que antes eram dirigidas pelos significantes mestres normatizantes da instituição (MENDES, 2014, p.85).

Do mesmo modo que o efeito-equipe só existe mediante os investimentos na construção de um caso, o efeito-rede se produz quando uma família ou um adolescente é tomado como causa – no sentido daquilo que provoca movimento – a fim de que articulações sejam realizadas para evitar a institucionalização e resistir à tanatopolítica. O efeito-rede derivado de ações articuladas por profissionais inseridos em equipamentos diversos, mas que compartilham um vínculo consolidado com o adolescente e, mais ainda, o desejo de provocar deslocamentos no caso em questão é um movimento de resistência e de sobrevivência das próprias políticas públicas. Com frequência, fala-se que construir redes é trabalhoso e que as equipes não contam com os recursos necessários para tanto. Realmente, tecer redes é um trabalho árduo e os recursos são praticamente inexistentes. Mas, além da luta para que os recursos se tornem presentes, é preciso desmistificar a ideia da rede como algo pronto, dado pelos dispositivos estatais e operar no sentido de

reconhecer um trabalho contínuo do qual, em alguns momentos, teremos o efeito-rede do qual estamos falando. Para tanto, as articulações precisam ser prioridade. Essa é uma batalha política.

Podemos, a partir do projeto citado e de outras experiências profissionais, citar alguns casos de adolescentes em acolhimento institucional ou em situação de risco pessoal, cujo movimento em direção à morte precisa ser entendido através de uma história na qual eles vão se desvinculando de instituições e equipamentos fundamentais na construção dos laços sociais e das perspectivas de vida. Esses jovens não são perdidos no momento em que falecem, mas de modo gradativo, quando as conexões com espaços agenciadores da vida deixam de existir.

A escola é a primeira a os perder, geralmente na passagem do fundamental I ao II. Depois, eles deixam de estar nos projetos comunitários de arte-educação, projetos esses de grande potência enquanto promotores dos desejos de vida. No entanto, algo se rompe, especialmente quando o envolvimento com o tráfico se intensifica. Na saúde, não há mais seu acompanhamento, à medida que as instituições ou os responsáveis não os conseguem levar na frequência exigida pelos serviços. Na assistência social, normalmente o último laço que resta, desfaz-se quando a maioridade se aproxima e não conseguimos inseri-los em projetos profissionalizantes ou nem sequer conseguimos garantir um teto para quando completarem a maioridade, quando finda o acolhimento.

Por fim, os perdemos quando, ao tentar saber o valor de sua vida para o Outro, vão para a linha do tiro, sem saber porque, ou enfrentam pessoas com poder físico e simbólico muito superiores, cuja retaliação é quase sempre retirando-lhes a vida. Portanto, se a forma como sua vida é interrompida pode não ser responsabilidade direta da rede de proteção que acompanha esses adolescentes, o processo que faz com que cheguem lá o é, e o trabalho norteador pelos efeitos-rede é uma ferramenta preciosa para evitar este fim. Assim, acreditamos.

Referências

- ABREU, W. F. O Trabalho de Socialização de Meninos de Rua em Belém do Pará: Um Estudo sobre a República do Pequeno Vendedor. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Educação do Departamento de Educação da PUC-Rio; 2010.
- Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 11, 2017. Disponível em <http://www.forumseguranca.org.br/>. Acesso em 20 de out de 2019.
- Atlas da Violência. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>. Acesso em 20 de out de 2019.
- ARPINI, D. M. Repensando a Perspectiva Institucional e a Intervenção em Abrigos para Crianças e Adolescentes. Psicologia Ciência e Profissão, 21 (3), 70-75. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932003000100010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 20 de out de 2019.
- BRASIL. Decreto nº 17.943-a de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/> Acesso em 20 de out de 2019.
- BRASIL. Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/> . Acesso em 20 de out de 2019.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em 20 de out de 2019.
- BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em 20 de out de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3088 de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 29 de out de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://pbpd.org.br> . Acesso em: 20 de out. 2019.
- BRASIL. Política Nacional de Assistência Social - PNAS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004. Disponível em <http://www.sesc.com.br/mesabrazil/doc/Política-Nacional.pdf>. Acesso em 20 de out de 2019.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Sub-chefia para Assuntos Jurídicos. Decreto de Número 9.761 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional de Drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 29 de out. de 2019.
- BRASIL. Resolução Conjunta CNAS/CONANDA nº 1, de 13 de dezembro de 2006. Aprova o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Disponível em <http://www.crianca.mppr.mp.br/>. Acesso em 20 de out de 2019.
- BUTLER, J. Quadros de Guerra: Quando a vida é passível de luto? 1ª Ed. Tradução: Sérgio Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2015. (Obra original publicada em 2009).
- CAPPI, R. A maioria penal nos debates parlamentares: motivos do controle e figuras do perigo. Tradução: Ana Cristina Arantes Nasser. Belo Horizonte: Letramento. 2017. (Obra original publicada em 2015).

- CASTEL, R. A gestão do risco: da anti-psiquiatria à pós-psicanálise. Tradução: Celina Luz. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1987. (Obra original publicada em 1981).
- COIMBRA, C., & NASCIMENTO, M. L. (2008). A produção de crianças e jovens perigosos: a quem interessa? Disponível em: <http://www.infanciajuventude.uerj.br/pdf/livia/aproducao.pdf>. Acesso em 20 de out. de 2019.
- FLORES, L. Ressonâncias da insígnia de periculosidade em adolescentes com trajetórias de acolhimento institucional. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Universidade Federal da Bahia, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/27533/1/Dissertação%20Final%20Laís%20Flores.pdf>. Acesso em 29 de out. de 2019.
- FOUCAULT, M. História da Sexualidade I: A Vontade de Saber. Tradução: Maria Tereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 14ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2001. (Obra original publicada em 1976).
- FOUCAULT, M. A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na Psiquiatria Legal do Século XIX. In Ditos e escritos. Vol. 5, 2ª ed., pp. 1-25. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2010. (Primeira publicação em 1978).
- FREIRE COSTA, J. Ordem médica e norma familiar. 1ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- GHIRINGHELLI, R. Adolescentes em Conflito com a Lei – Atos infracionais e medidas socioeducativas. In Anuário Brasileiro de Segurança Pública, ano 9, 2015. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/>. Acesso em 29 de out. de 2019.
- MARCÍLIO, M. L. A lenta construção dos direitos da criança brasileira no Século XX. Revista USP, São Paulo (37): 46-57, Março/Maio, 1998. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/27026>. Acesso em 29 de out. de 2019.
- MENDES, A. A. O Efeito-Equipe e a Construção do Caso Clínico. 2012. 115f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- RIZZINI, I. O século perdido. Raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: EDUSU/AMAIS, 1997.
- SILVA, R. da. Os filhos do governo: a formação da identidade criminosa em crianças órfãs e abandonadas. 1ª ed. São Paulo: Ática, 1997.
- VAVASSORI, M. B. Da menorização à redução da maioridade penal: uma análise da produção de jovens ban(d)idos. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.
- VENÂNCIO, R. P. Famílias abandonadas: assistência à criança de camadas populares no Rio de Janeiro e em Salvador – séculos XVIII e XIX. 1ª ed. Campinas: Papius, 1999.
- WASELFSZ, J. J. Mapa da Violência: Homicídios por Armas de Fogo no Brasil. Rio de Janeiro, FLACSO, 2016. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/>. Acesso em 29 de out. de 2019.
- WENDT, B. Imagens sociais atribuídas a jovens institucionalizados e a instituições de acolhimento. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

13. INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ANALISADOR DA REFORMA EM SAÚDE MENTAL

Maria Cristina G. Vicentin

Flávia Blikstein

Separada da família aos 02 anos de idade, Carla e seus irmãos foram encaminhados para abrigos distintos, quando os pais, usuários de drogas, foram considerados negligentes em relação aos cuidados dos filhos. A família de Carla morava na zona leste da cidade, no entanto, seu abrigamento se deu em outro município da Grande São Paulo, na zona oeste. Carla nunca mais voltaria a morar com sua família. Em 2008, com 12 anos de idade, foi submetida à sua primeira internação psiquiátrica, depois do abrigo solicitar à Vara da Infância e Juventude, em função de “descontrole e autoagressão desde os oito anos de idade, apresentando baixa tolerância a situações que não lhe agradam, e que ocorrem na escola e no abrigo”. Carla ficou um breve período internada, voltou ao abrigo e começou a ser acompanhada em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps IJ). Já com 14 anos de idade, a adolescente começou a questionar o porquê de estar abrigada em uma região tão distante de sua família, chegando a ir sozinha ao Fórum com o intuito de conversar com o juiz sobre essa situação e pedir sua transferência para uma casa mais próxima do endereço de seus pais. A resposta que recebeu da equipe psicossocial do Fórum foi que não havia vaga. Neste mesmo período, o Caps IJ decidiu por sua alta. Contudo, a notícia teve repercussões no abrigo: de acordo com os relatos no prontuário, os técnicos do abrigo reagiram com apreensão e questionaram a decisão. Dias depois, Carla apresentou uma “crise” na escola após receber uma nota baixa, quebrando o vidro da sala de aula e se cortando com os cacos. Foi, então, afastada por tempo indeterminado das atividades escolares. Além disso, o abrigo pediu judicialmente transferência da adolescente que passou a morar em um SAICA na região Sudeste da cidade de São Paulo. Carla começou a frequentar o Caps IJ do território. A tentativa de viabilizar uma aproximação à família não foi frutífera. A equipe do SAICA, após novas situações de crise envolvendo “agressão a funcionários do serviço, autoagressão e tentativa de suicídio”, avaliou que Carla “não tem condições de conviver com outras pessoas” e solicitou judicialmente uma vaga em hospital psiquiátrico. Encaminhada para a ala psiquiátrica de um hospital geral da Zona Leste de São Paulo, permaneceu por cerca de 2 anos. Por fim, em junho de 2013, foi

encaminhada à Unidade de Acolhimento por determinação judicial. Apesar de não ter histórico de uso de drogas, este serviço foi identificado como um espaço possível de acolhimento e cuidado adequado para a adolescente. No início, Carla apresentou muitas oscilações de humor e eram recorrentes as falas de que queria morrer e ameaças de suicídio, situações que, com o tempo, foram ficando cada vez mais raras. (Oliveira, 2015)

A internação de longa duração de crianças e adolescentes em instituições asilares é, ainda atualmente, uma prática recorrente a despeito da reestruturação do modelo de atenção em saúde mental e dos direitos assegurados a esta população (BRASIL, 1990; 2005; 2014).

A continuidade das internações psiquiátricas decorre de uma complexa combinação de fatores oriundos de diferentes contextos (social, político, econômico), assim como de demandas vivenciadas pelos sujeitos e suas famílias e da própria estruturação e funcionamento da política pública, esta última conforme focalizaremos neste texto.

O caso de Carla é emblemático e nos conta de uma trajetória comum às crianças e adolescentes que encontramos nos hospitais psiquiátricos. Trata-se do percurso descrito por Goffman (1961;2003) como *carreira moral*. Isto é: um caminho deflagrador da institucionalização, que, no caso de crianças e adolescentes, envolve: um diagnóstico médico, muitas vezes associado a uma questão relacional ou social; ação judicial em alguns casos e múltiplas internações em diversas instituições (SAICAs, instituições especializadas de acolhimento, hospitais psiquiátricos etc.) (BLIKSTEIN, 2012; BRAGA; OLIVEIRA, 2015). Mas trata-se, também, em tempos de “psiquiatria reformada”, como aponta Leonardis (1998), de um jogo de alimentação recíproca entre o território e o manicômio, entre as terapêuticas *soft* e as duras, em que a “internação” (especialmente a “compulsória”) mantém sua função de administrar os *resíduos institucionais* (LEONARDIS, 1998). *Resíduos institucionais* enquanto produtos das respostas seletivas, codificadas e fragmentárias dos serviços em que às demandas de controle social se somam às vulnerabilidades, numa espiral de cronificação.

Além disto, como apontam alguns estudiosos (CAPONI, 2012) dos processos da Reforma em Saúde Mental, à medida que o modelo asilar entrou em declínio, e ganhou lugar a constituição da rede territorializada e comunitária emergiram as discursividades sobre os riscos e seus desdobramentos securitários (FOUCAULT, 2001; 2006), atualizando os paradigmas higienistas que já vigiam anteriormente ou abrindo novos modos de “governo da vida” de crianças e adolescentes. Assim, as ideias de *proteção* e do *direito à saúde* têm sido, muitas vezes, pretexto para o controle social arbitrário de crianças e adolescentes,

acionando lógicas “penal sanitária” (Assis, 2012) que privilegiam o controle ao cuidado.

Estamos falando, então, da coexistência de diferentes lógicas de cuidado no campo da Saúde Mental infantojuvenil e da persistência da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes em contextos asilares (hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e em instituições de longa permanência para pessoas com deficiências).

A mudança no destino de Carla e de tantas outras crianças e adolescentes institucionalizados depende também da aposta nos serviços da Rede de Atenção de Psicossocial na articulação da rede intersetorial em diálogo com a acolhida das necessidades singulares de crianças e adolescentes. Isto é, a efetivação da política nacional de saúde mental depende de uma trama complexa de relações e jogos de força entre os diversos atores e discursos que compõe este campo.

Especialmente neste tempo histórico, em que a contrarreforma na Política de Saúde Mental, empreendida a partir de 2019 pelo atual Governo Federal, colocou na pauta o recrudescimento dos paradigmas manicomiais, faz-se ainda mais urgente tomar a “internação” como um analisador crucial da direção ético-político colocada para as vidas de crianças e adolescentes.

Pretendemos neste texto evidenciar esta contradição contemporânea da Reforma Psiquiátrica por meio do dimensionamento da situação de “internações de crianças e adolescentes” - a partir estudos e pesquisas na área-, e pela indicação de algumas pistas e estratégias para seu enfrentamento.

Balanço e dimensionamento das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes

Primeiramente, cabe-nos ressaltar que diferentes estudos apontam para um crescimento das internações de adolescentes em hospitais psiquiátricos nos municípios de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, especialmente nesta última década. De acordo com os autores, pode-se reconhecer que as internações caracterizam-se: a) pela compulsoriedade (isto é, em geral, por determinação judicial); b) pela estipulação de prazos para a internação subordinada aos critérios jurídicos; c) por tempo médio de internação superior aos dos demais internos admitidos por outros procedimentos e; d) pela acentuada presença de quadros relativos a distúrbios de conduta e ao uso de substâncias psicoativas (portanto, não psicóticos). (BENTES, 1998; JOIA, 2006, 2014; SCISLESKI, 2008; CUNDA, 2011; BLIKSTEIN, 2012; REIS, 2012).

A mais recente pesquisa que identificamos sobre o tema (Braga e Oliveira, 2015) investigou as internações ocorridas entre em julho e agosto de 2013 num serviço de

saúde mental em São Paulo e reitera, de forma contundente, as conclusões descritas em estudos anteriores, tais como: a) a predominância de internações involuntárias (dentre as 28 internações identificadas no estudo de Braga e Oliveira (2015), 19 estavam classificadas como involuntárias, 8 como involuntárias judiciais e apenas uma como voluntária)¹; b) a ocorrência de internações por resistência a tratamento em outros serviços e a internações de casos de difícil controle; c) um número significativo de reinternações e d) os determinantes das internações em geral estão relacionados com diagnósticos de transtorno de comportamento e giram em torno do eixo agressividade/periculosidade.

Para mais, os mesmos estudos indicam que as internações não estão relacionadas exatamente à atenção à crise e, muitas vezes, não se justificam sob a perspectiva técnico assistencial (como atestam as próprias equipes dos serviços de saúde). Nota-se, portanto, a existência de outros determinantes para a solicitação da internação, tais como: a fragilização de vínculos sociais e familiares, a baixa cobertura da rede de serviços de saúde e socioassistencial, a frágil articulação intersetorial, a precarização das políticas sociais, as relações de violência no território, dentre outros.

Além disto, as pesquisas de Blikstein (2012); Joia (2014); Oliveira (2015) e Massari (2015), realizadas em São Paulo, sinalizam a ocorrência de internações de crianças e adolescentes por longos períodos (até 5 anos de duração) e nos mostram a existência de diferentes trajetórias institucionais percorridas pelas crianças e adolescentes até a internação psiquiátrica.

Configuram-se, nestas internações, dois circuitos distintos; a) aqueles marcados pelas políticas instituídas pela Reforma Psiquiátrica, em que a internação é breve e para situações agudas, nos quais adolescentes e jovens encontram-se em situação de referência territorial e há continuidade de atenção das redes de saúde e intersetoriais e b) aqueles, em geral, oriundos de determinação jurídica, nos quais se verifica o efeito de afastamento de adolescentes e jovens dos contextos sociais e comunitários e a reafirmação de um circuito aprisionante, produtor de cronificação e estigmatização. (SCISLESKI, 2009; BLIKSTEIN, 2012; JOIA, 2014). Ao analisarmos comparativamente os dois percursos, identificamos que as internações do segundo têm maior duração e maior incidência de reinternações do que o primeiro. A pesquisa de Blikstein (2012), descreve o diagnóstico de transtorno de conduta como responsável por 26% das internações com duração maior de 150 dias e por 36,4% dos casos de crianças e adolescentes com múltiplas internações.

¹ Aqui cabe lembrar que há, do ponto de vista jurídico, a compreensão de que, abaixo de 16 anos, seja necessariamente involuntária a internação por incapacidade de pleno consentimento da criança e do adolescente. Trata-se de uma discussão que necessita ser ampliada principalmente no tocante aos direitos políticos de crianças e adolescentes e ao debate sobre autonomia.

Cabe destacar que os temas do uso de álcool e outras drogas e o debate sobre as políticas de “enfrentamento” do crack têm sido, desde a década de 2000, o novo ativador deste circuito das internações. (CUNDA, 2011; REIS, 2012; JOIA, 2014). Em Porto Alegre, em 2005, este diagnóstico foi responsável por 50% das internações (SCISLESKI, 2006), chegando a 70% em 2007 (CUNDA, 2011). No caso de crianças e adolescentes em situação de acolhimento, observa-se a dificuldade destes casos obterem vagas no momento de saída, denotando também a dificuldade da rede de acolhimento em incorporar crianças e adolescentes com vivência de rua e/ou uso de drogas (JOIA, 2014). Como aponta a mesma autora, na falta de outros recursos ou na recusa em assumi-los, a internação psiquiátrica torna-se solução que atende, muitas vezes, às demandas dos serviços, antes de ser um lugar de cuidado, pensado dentro de um projeto terapêutico conjunto.

Ressaltemos que o uso de drogas, a vivência de rua e as necessidades especiais decorrentes de deficiências e transtornos certamente não são situações fáceis de lidar no cotidiano dos serviços de acolhimento. Estes casos, portanto, denunciam a necessidade de investimento e apoio à rede de acolhimento, a fim de ampliar as estratégias intersetoriais de intervenção nestes casos e favorecer a convivência familiar e comunitária.

O mapeamento de pesquisas sobre internações psiquiátricas ou de longa permanência de crianças e adolescentes revelou outro importante agente encaminhador à internação: os serviços da rede de proteção. A busca pela internação psiquiátrica, no caso do uso de drogas, é majoritariamente disparada pela rede de proteção, como os Conselhos Tutelares e serviços da assistência social, com base no argumento da associação entre a “falência familiar”, os comportamentos “agressivos” e a condição de risco para si e para terceiros (REIS, 2012). Vimos ainda a ocorrência de internações de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Diferentes estudos têm identificado (SEDH/MS, 2009) a prevalência de encaminhamentos às comunidades terapêuticas e aos hospitais psiquiátricos e uma menor utilização dos serviços de saúde externos e abertos, como os CAPS. Isto é, os adolescentes se movimentam entre dispositivos similares: das unidades de internação para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, num modelo de cuidado centrado na abstinência e na institucionalização (é verdade que com a ampliação da rede de CAPS IJ e CAPSAD e com as portarias interministeriais - saúde, justiça, direitos humanos-, já vemos outras relações de cuidado para os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa).

Além disso, no caso dos adolescentes que cumprem a medida socioeducativa, a alta do serviço de saúde fica condicionada à autorização do juiz, acarretando, em geral, uma permanência mais longa no serviço e o consequente prolongamento da internação. O

diagnóstico de transtorno de conduta é o mais recorrente entre estes jovens, podendo indicar uma forma de “psiquiatrizar” comportamentos disruptivos relacionados às insubordinações e conflitos no âmbito da relação com a instituição de internação. (JOIA, 2014)².

Em relação às crianças e adolescentes em situação de rua, a internação psiquiátrica tem sido invariavelmente marcada pela urgência no afastamento da criança da rua: seja pelo envolvimento em um padrão de consumo mortífero, seja por ameaças de mortes dos “recém-chegados” na rua. Assim, e levando-se em conta que o consumo das substâncias nesse contexto não pode desvincular-se de seu imbricamento aos próprios circuitos da rua, seus distintos territórios e as distintas funções que a droga pode cumprir (como aplacamento da fome, frio e amenização das distintas formas de violência, além do exercício da ludicidade e de angariar formas de pertencimento), podemos entender que suas demandas relacionam-se majoritariamente com contextos de vulnerabilidade que extrapolam as questões em torno do consumo da droga. Questionamos, da mesma forma, se a internação psiquiátrica deste público não vem substituindo, nesses casos, a função de acolhimento institucional, que é assegurar uma medida protetiva que vise o trabalho com as redes familiares, comunitárias e de serviços do território de origem. (JOIA, 2014)

Por fim, vale ainda lembrar que os “manicômios infantis” não se restringem às internações em hospitais psiquiátricos, mas revelam-se também ativos nas internações de longa duração de crianças e adolescentes em instituições de acolhimento para pessoas com deficiência. Almeida (2012) descreve a rede asilar para a deficiência uma “fusão do hospital psiquiátrico e do abrigo” (ALMEIDA, 2012, pg.198) e destaca que o “hibridismo assistencial” entre a Psiquiatria e a Assistência Social desempenhado pelas instituições de acolhimento para pessoas com deficiência, resulta na institucionalização, por tempo indeterminado, de pessoas categorizadas como incapazes e, por tanto, com necessidade de contínua intervenção profissional e vigilância.

As pesquisas de Ciampone (1996), Paula (2008), Almeida (2012), Human Rights Watch (2018) e Blikstein (2019) apontam para a ocorrência de crianças e adolescentes submetidos à internação perene ou de longa permanência em instituições de acolhimento para pessoas com deficiência nos estados do Rio de Janeiro, Paraná, Bahia e São Paulo. Importante salientar que muitas instituições prestam acolhimento às crianças e adultos no mesmo espaço institucional. Além disso, os estudos descrevem como características comuns a estas instituições: a falta de articulação com outros serviços da rede intersetorial

2 Neste mesmo âmbito, um outro tema importante, em que não vamos adentrar, é o da aplicação de simulacros de medidas de segurança a adolescentes autores de ato infracional, como é o caso dos jovens internos na Unidade Experimental de Saúde, unidade inaugurada em dezembro de 2006 no estado de São Paulo, destinada a oferecer atendimento para portadores de diagnóstico de transtorno de personalidade e/ou de periculosidade, durante o cumprimento de medida socioeducativa de internação. (VICENTIN E ROSA, 2009; GRAMKOW, 2012).

e a oferta de atendimento nos moldes de instituição total, com ínfimas perspectivas de desinstitucionalização. Ademais, as instituições de acolhimento para pessoas com deficiência estão, em sua maioria, sob a gestão do terceiro setor e carecem de tipificação e regulamentação únicas. (BLIKSTEIN, 2019).

O estudo de Blikstein (2019) descreve o perfil das internações de crianças e adolescentes submetidos à internação em uma instituição específica localizada no estado de São Paulo e aponta características semelhantes às internações em hospitais psiquiátricos, tais como: a) importante atuação do poder judiciário: 30% das internações de crianças e adolescentes foram determinadas por meio de ação judicial b) ocorrência de reinternações e transferências-28% das crianças e adolescentes já estavam institucionalizados e foram encaminhados para internação em hospitais psiquiátricos e outras instituições de acolhimento para pessoas com deficiência c) internações solicitadas por SAICAs – 14% dos casos.

Pesquisas realizadas no estado do Rio de Janeiro sobre crianças e adolescentes com deficiência na rede de abrigos (públicos e conveniados) descrevem que, muitas vezes, a medida temporária e protetiva de acolhimento institucional em vez de garantir direitos, resulta na institucionalização permanente de crianças e adolescentes com deficiência (CIEPSI, 2008; ALMEIDA, 2012; RICARDO, 2011).

Para além dos estudos apontados, notamos ser escassa a produção de informações sobre as instituições de acolhimento para pessoas com deficiência e a clientela por elas atendida. Assim, impõe-se ao campo acadêmico e à rede intersetorial a necessidade de lançar luz sobre estas instituições e desenvolver ações capazes de superar e suprimir práticas que promovam asilamento e exclusão social de crianças e adolescentes.

Pistas para uma direção ético-política de trabalho

A partir da análise da produção acadêmica acerca do perfil das internações psiquiátricas ou de longa duração de crianças e adolescentes, podemos reconhecer aspectos importantes sobre as práticas de cuidado e os mecanismos de funcionamento presentes no campo da Saúde Mental Infantojuvenil:

A internação de longa duração de crianças e adolescentes em instituições asilares é, ainda atualmente, uma prática recorrente a despeito da reestruturação do modelo de atenção em saúde mental e dos direitos assegurados a esta população. À vista disso, consideramos como exigência de primeira ordem o enfrentamento desta realidade e desenvolvimento de ações e estratégias capazes de superar e suprimir práticas de

asilamento, institucionalização e exclusão social.

2) Crianças e adolescentes que estão sob tutela da justiça, serviços de cumprimento de medidas protetivas e socioeducativas de acolhimento, estão, em maior número, sujeitas à internação psiquiátrica e neste dispositivo são objetos de intervenções com características distintas de outras crianças e adolescentes (BENTES, 1998; BLIKSTEIN, 2012; JOIA, 2014). Além disso, observa-se um contínuo fluxo de encaminhamento entre os SAICAs e as instituições de acolhimento de longa duração para pessoas com deficiência. (BLIKSTEIN, 2019).

3) As internações psiquiátricas compulsórias descrevem situações em que o exercício do controle prevalece sobre a demanda terapêutica. Isto é, estas internações cumprem funções de abrigamento, espera ou contenção (JOIA, 2014;) num híbrido que oscila entre estratégia de acesso para jovens ao serviço de saúde e recurso auxiliar à disciplinarização dos jovens (SCISLESKI, 2009). Neste caso, a terapêutica tende a se confundir com pena, e tratamento e castigo podem assumir a mesma forma. Assim, a internação nesta modalidade representa uma resposta simplificada à complexidade do viver e às necessidades do sujeito que envolvem sua história de vida, sua rede de relações, o território em que vive, os espaços que percorre, o que lhe é oferecido como possibilidade de vida e de expressão, entre outros aspectos. Deste modo, consideramos fundamental que:

a) esforços e investimentos sejam realizados, a fim de possibilitar uma articulação de uma rede intersetorial consistente, apoiada por processos de formação permanente, de sustentação de espaços coletivos de análise das práticas e por pactos de gestão que asseguram este fazer coletivo em contraposição aos circuitos que configuram segregação e clausura. (BENTES, 1999; JOIA, 2006; SCISLESKI E OUTROS, 2008; VICENTIN E ROSA, 2009). Cuidar implica atuar diretamente nos modos de vida, por isso, os modos singulares pelos quais crianças e adolescentes se subjetivam em seus territórios existenciais colocam a necessidade de se reinventar dispositivos capazes de acolher, de forma complexa e em rede, tais trajetórias. Por exemplo, a Unidade de Acolhimento exige uma mudança significativa no modo de conceber e fazer o acompanhamento e a proteção de adolescentes em situação de rua que fazem uso de substâncias psicoativas, dado que seu funcionamento pressupõe uma abertura e depende da mobilização da rede de atenção mais ampla frente às complexidades e às vulnerabilidades que atravessam tais casos. Em suma, o caráter voluntário do serviço convoca a pensar criticamente as compulsoriedades, mas também a refletir em torno da autonomia, da corresponsabilidade e dos graus de liberdade que estão em jogo no cuidado e proteção de crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias. A voluntariedade não exime da responsabilidade de cuidar, pelo contrário, revela a complexidade que envolve

o cuidado e a necessidade de se realizar ações coletivas, pactuadas permanentemente e integradas com outras instâncias da rede. (OLIVEIRA, 2015).

b) seja vedada a internação de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em instituições com características asilares. Neste sentido, vale ressaltar o esforço dos atores da saúde do município de São Paulo de construção de parâmetros na atenção à crise em saúde mental de crianças e adolescentes visando: privilegiar sempre que possível a acolhida noturna, quando o cuidado não puder sofrer descontinuidade (noturna ou no final de semana), de acordo com a avaliação das equipes dos CAPS IJ III acolhedores e dos CAPS IJ requisitantes; como ação complementar a atenção recebida no CAPS IJ de origem e como recurso para evitar a internação/institucionalização, uma vez que com o acolhimento noturno, facilita-se a articulação necessária por parte das equipes dos CAPS IJ, para acionar os dispositivos territoriais da rede de proteção infantojuvenil, que poderão sustentar outras, mais e/ou novas possibilidades de atenção (PMSP/SMS, 2016)

c) a população de crianças e adolescentes acolhidos em instituições para pessoas com deficiência seja foco urgente de estudos e intervenções. A ocorrência de internações perenes ou de longa duração de crianças e adolescentes em instituições de acolhimento para pessoas com deficiência sublinha a necessidade de que estas instituições sejam incluídas na agenda de discussões e intervenções do campo da saúde mental infantojuvenil. Paula (2008) salienta que as pesquisas e as ações de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica “não se estenderam”, com a mesma intensidade, às instituições de acolhimento para pessoas com deficiência.

Referências

- ALMEIDA, NMC (2012) Labirintos e mosaicos: institucionalização da infância com deficiência. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- ASSIS, D. A. Risco social e saúde mental como argumento para o encarceramento de crianças e adolescentes. Dissertação (Mestrado), (Uniban), São Paulo, 2012.
- BRAGA C.P, D' OLIVEIRA, A L. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Interface (Botucatu). 2015; 19(52):33-44
- BENTES, E. L. Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. Dissertação (Mestrado), Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública), Rio de Janeiro, 1999.
- BLIKSTEIN, F. Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em hospital público psiquiátrico. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 2012.
- _____. Relatório de qualificação. Entidades sociais de acolhimento em saúde mental num contexto em transformação. Doutorado Saúde Pública (USP), 2019.
- BRASIL. Lei n. 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil. Brasília: MS; 2005.
- BRASIL. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CAPONI, Sandra. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.
- CIAMPONE, M. H. T. Assistência institucionalizada a indivíduos portadores de deficiência mental dimensões esquecidas. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.2, p. 310-9, ago. 1996.
- CIESPI, Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância. Do confinamento ao acolhimento Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos: Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro, 2008.
- CUNDA, M. As tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- FOUCAULT, M. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2003. 7ª. reimpressão.
- GRAMKOW, G Fronteiras psi-jurídicas na gestão da criminalidade juvenil: o caso Unidade Experimental de Saúde. Tese de Doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.
- HUMAN RIGHTS WATCH. Eles ficam até morrer: uma vida de isolamento e negligência em instituições para pessoas com deficiência no Brasil. Nova Iorque: Human Rights Watch, 2018.
- JOIA, J. A interface psi-jurídica: estudo de internações de adolescentes por determinação judicial no Hospital Psiquiátrico Pinel: relatório final de pesquisa de Iniciação Científica. São Paulo: PUC-SP/ CEPE, 2006.

- JOIA, J. As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Dissertação Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.
- LEONARDIS, O. de. Estatuto y figuras de la peligrosidad social: entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. Revista de Ciencias Penales, Montevideo, n. 4, p. 429-449, 1998.
- MASSARI, M. G. Serviço de acolhimento para crianças e adolescentes e medicalização: narrativas de resistência. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. São Paulo, 2016.
- OLIVEIRA A (2015) "Os recusados". Uma experiência de moradia transitória infantojuvenil no campo da Saúde Mental. Dissertação, Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- PAULA, A. R. Asilamento de pessoas com deficiência: a institucionalização da incapacidade social. São Paulo: Memnon, 2008.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO/SMS. Protocolo que estabelece critérios para atenção à crise em saúde mental em crianças e adolescentes. Mimeo, 2016.
- REIS, C. (Falência familiar)+(Uso de drogas) = risco e periculosidade : a naturalização jurídica e psicológica de jovens com medida de internação compulsória. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Dissertação de Mestrado, 2012.
- RICARDO, J. S. O acolhimento institucional de crianças e adolescentes com deficiência em face ao direito à convivência familiar e comunitária: uma análise do contexto do município do Rio de Janeiro. 2011. Dissertação (mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- SCISLESKI, Andréa C. Entre se quiser, saia se puder: os percursos dos jovens pelas redes sociais. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2006.
- SCISLESKI, A. C. C., MARASCHIN, C. & SILVA, R. N. A. da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. Cadernos de Saúde Pública, 24(2), 342-352, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/12.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2009.
- SEDH/MS. Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades socioeducativas. Relatório preliminar. Brasília, 2009.
- VICENTIN, M. C. & Rosa, Miriam Debieux (2009). Transtorno mental e criminalidade na adolescência: notas para uma análise crítica da patologização do adolescente autor de ato infracional. Revista IBCCRIM 78. Revista Brasileira de Ciências Criminais, 17 (78), 320-349.

AUTORES

Alejandra Barcala - Psicóloga, Magister en Salud Pública y Doctora en Psicología de la UBA. Postdoctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventudes. CINDE-Universidad de Manizales; Universidad Católica de São Paulo; COLEF y CLACSO. Directora y profesora titular del Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria de la UNLa. Docente de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la UNLa, de la Maestría en Salud Mental de la UNER y de la Maestría en problemáticas infantojuveniles de la Facultad de Derecho, UBA. Docente del Programa de Actualización en determinantes de la salud mental en el campo de las ciencias sociales. Facultad de Ciencias Sociales, (UBA) y de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños (UCES). Coordinadora del equipo interdisciplinario de apoyo a la defensa técnica de personas internadas involuntariamente en instituciones psiquiátricas de la Unidad de Letrados N°22, ley de salud mental 25657. Defensoría General de la Nación (2012-2017).



Ana Marta Lobosque - Psiquiatra, militante da luta antimanicomial, protagonista da implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Formou-se em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), fez Residência em Psiquiatria no Instituto Raul Soares, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), e Doutorado em Filosofia na UFMG. Trabalhou como psiquiatra no Hospital Galba Velloso e como preceptora da Residência em Psiquiatria do Instituto Raul Soares, quando ainda não havia serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico em Belo Horizonte. Participou da criação da Rede de Saúde Mental do município, no início da década de 1990, atuando em alguns de seus Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) - nome dado aos CAPS nesta rede - e também na atenção básica. Foi coordenadora do Grupo de Produção Temática em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) e de sua Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Participou da organização de vários congressos, seminários e outros eventos científicos, políticos e culturais da área da saúde mental. Foi supervisora clínica de saúde mental de vários municípios. Proferiu palestras e conferências em vários estados brasileiros, promovendo a construção de redes de atenção psicossocial em prol do cuidado em liberdade. Publicou livros e numerosos artigos e organizou várias publicações. Atualmente, trabalha no Centro de Referência em Saúde Mental da Criança e do Adolescente (CERSAMi) Nordeste, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e representa o segmento dos trabalhadores na Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica. Atende e ministra cursos em consultório particular.



Bárbara Costa Andrada - Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001), mestrado (2013, bolsista CAPES) e doutorado (2017, bolsista CNPq) em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente é pesquisadora no projeto de pesquisa e extensão “Rede, Território e Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes: compartilhamento e colaboração intersetorial”, desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas em Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/IPUB/UFRJ). Professora de curso de pós-graduação lato-sensu em Obesidade e Transtornos Alimentares da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental e Estudos sobre a Deficiência, atuando principalmente nos seguintes temas: concepções de normalidade, anormalidade e diferença; autismo; promoção de saúde e cuidado colaborativo e políticas públicas em saúde mental



Carla Biancha Angelucci - É professora doutora no Departamento de Filosofia da Educação e Ciências da Educação - EDF na Faculdade de Educação - FE da Universidade de São Paulo - USP. É professora da graduação nas áreas de Sociologia da Educação e Educação Especial. Atua na pós graduação, coordenando a Área de Concentração Educação e Ciências Sociais - desigualdades e diferenças. Orienta mestrados e doutorados, supervisiona pós-doutorados na linha de pesquisa em Educação Especial. Participa do grupo de pesquisa de Políticas de Educação Especial, coordenando a linha Educação Especial - táticas de resistência à produção de um não lugar para as diferenças na escola. Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1997); mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (2002); doutorado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (2009). A ênfase de seus estudos está na garantia da Educação para todos/as e sua interface com as discussões sobre preconceito, atuando principalmente nos seguintes temas: direito à educação por parte de pessoas com diferenças funcionais e de pessoas com sofrimento psíquico intenso; políticas públicas em educação especial e medicalização da educação. Exerceu por dezesseis anos a atividade de psicoterapeuta, com formação winnicottiana.

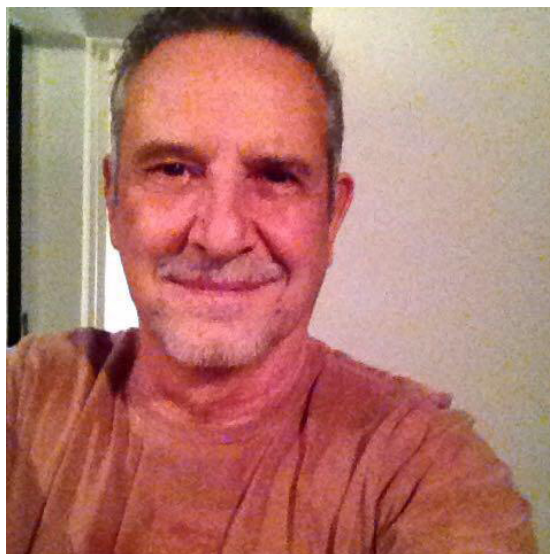


Cecília Azevedo Lima Collares - Possui graduação em Pedagogia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1961), mestrado em Educação (Psicologia da Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1977); doutorado em Sociologia e Política pela Fundação Escola de Sociologia e Política da USP (1981) e Livre-Docência em Psicologia Educacional pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente da Faculdade de Educação da UNICAMP, no Departamento de Psicologia Educacional, atualmente aposentada. Sua atuação em ensino, pesquisa e extensão é no campo da Educação, em especial nas áreas ligadas a fracasso escolar, escola, formação de professores e medicalização dos processos ensino-aprendizagem. Publicou inúmeros artigos em periódicos científicos nas áreas de Educação e Psicologia. É autora do Livro *Preconceitos no Cotidiano Escolar. Ensino e Medicalização*. É militante do DESPATOLOGIZA - Movimento pela Despatologização da Vida, que tem articulado reflexões críticas e ações que buscam enfrentar e superar os processos medicalizantes da vida de crianças e adolescentes.



Claudia Mascarenhas Fernandes - Doutora em Psicologia Clínica pela USP SP (2010). Mestre em filosofia da ciência pela Universidade de Campinas, UNICAMP (2003), especialização em psicopatologia do bebê, pela Université de Paris Nord, dep. de medicina (1990) e em epistemologia da psicanálise, UNICAMP (1998). Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (1989). Fundou o Instituto Viva Infância (OSCIP) e foi presidente até maio de 2013, onde é diretora clínica. Vice-presidente para o Brasil da CIPPA (coordination internationale de Psychotherapeutes et Psychanalystes qui travaillent avec l'Autisme. Membro do Espaço Moebius, instituição de Psicanálise. Membro da WAIHM (word association of infant health and mental). Representa o Instituto Viva Infância na Rede Nacional Primeira Infância (RNPI), participou da construção do Marco Legal Primeira Infância, PLC 14/2015. Foi Co-Coordenadora nacional da pesquisa PREAUT, capacitação e detecção precoce de risco de perturbação da interação e comunicação, de 2006 até 2014. Durante o ano de 2012 foi consultora do Ministério da Saúde para elaboração do documento “linhas de cuidados para a atenção à pessoa com espectro do autismo e sua família na rede RAPS”, assim como técnica revisora do mesmo documento para a implantação de uma política pública para o autismo no Brasil. Membro Consultora do Comité de assessoramento e implementação das políticas públicas para o Autismo pelo Ministério da Saúde. Foi supervisora de CAPSi pelo Ministério da Saúde, consultora em políticas de prevenção precoce da prefeitura de Campina Grande. Membro do Movimento Psicanálise autismo e saúde pública, onde participou do GAP (grupo de ações políticas). Colaborou na elaboração da Carta de Cartagena, documento em deferência da psicanálise no trabalho com o autismo na América latina. Fundadora e idealizadora do INFANS unidade de atendimento ao bebê, núcleo São Paulo e Salvador. Publicou os livros: “Psicanálise para aqueles que não falam? A imagem e a letra na clínica com o bebê”, Instituto Viva Infância, (2011); “A criança em cena: o infantil e a perversão”, ed. casa do psicólogo (2007), e “O sofrimento precoce: uma introdução à psicopatologia do bebê” UFCG (2007). Diretora da coleção de livros Primeira Infância, casa do psicólogo, diretora de publicações no Instituto Viva Infância. Foi idealizadora e Organizadora dos Encontros Nacionais sobre o bebê (I,II,III,IV e V). Principais temas: bebê, psicologia recém-nascidos, psicanálise, autismo, psicanálise crianças, política pública e prevenção psico-social.





Domingos Paulo Infante - Psiquiatra, psicanalista, médico-assistente no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP). Membro fundador do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Psicanálise com Crianças.



Fernando Cesar Chacra - Possui mestrado em Medicina (1995) e doutorado em Saúde Coletiva (2002) pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, especialização em Saúde Pública (1987) e Psicoterapia psicanalítica (2006). Atualmente é médico - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP e médico pediatra (desde 1988) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP na área de Pediatria Social. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, Saúde da Criança, Educação na Saúde, Saúde Mental da Criança e do Adolescente. Desenvolve pesquisas na área de Educação na Saúde, Resiliência, Desenvolvimento e Saúde Mental da Criança e do Adolescente.



Flávia Blikstein - Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2005), Mestrado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2012). Tem experiência em Psicologia com ênfase em Psicologia Social e atuação, principalmente, nos seguintes campos: saúde mental, saúde pública, clínica e Direitos da Infância e da adolescência. Docente nos cursos de Direito e de Psicologia.



Gisela Untoiglich - Dra en Psicología, UBA. Codirectora del Programa de Actualización: Problemáticas Clínicas Actuales en la Infancia: Intervenciones en el campo clínico y educacional”. Posgrado de la Facultad de Psicología UBA. Profesora invitada por diferentes instituciones nacionales y universidades extranjeras. Miembro fundador del Forum Infancias. Supervisora de los equipos de concurrentes y residentes de psicopedagogía del Hospital de Niños R. Gutiérrez, del Hospital Durand y del C.E.S.A.C. N° 15, CENTES N°3 de la Ciudad de Buenos Aires. Supervisora del Equipo Interdisciplinario del Centro de Desarrollo Infantil y de Estimulación Temprana “El Nido” de San Isidro.



Ilana Katz - É psicanalista de orientação lacaniana. Possui graduação em Bacharel e Formação de Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1994) e mestrado em Psicologia - USP - PSA/ Instituto de Psicologia (2001). Doutora na Faculdade de Educação da USP com a tese: Alfabetização: perspectivas da articulação sujeito e escrita (2011). Participou do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicanálise com Crianças, NEPPEC (2008-2014). Participante do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública, atuando, até 2015 no GAP (Grupo de Articulação Política). Foi colaboradora do Ministério da Saúde, área técnica da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CNSM) 2012-2016, e membro do Comitê Nacional de Acompanhamento e Implementação das Políticas Públicas de Atenção ao Autismo até 2016. É pesquisadora de pós-doutorado no departamento de psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP e pesquisadora no LATESFIP/USP. Coordenadora Clínica do projeto de extensão “Refugiados de Belo Monte: atenção em Saúde Mental”, um projeto de escuta, tratamento e documentação do sofrimento dos ribeirinhos atingidos pela construção da UHE Belo Monte. Participa da ABRASME no Grupo de Trabalho Infância e Juventude.



Laís Flores - Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2013) e mestrado em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal da Bahia (2018). Trabalhou como coordenadora do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA Salvador. Atuou como psicóloga da Prefeitura Municipal de Salvador na rede SUAS, da alta complexidade, com criança e adolescente em situação de vulnerabilidade social e risco pessoal. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicanálise, Psicologia Social, Psicologia Clínica, Psicologia da Infância e da Adolescência, Psicologia e Assistência Social. Já trabalhou na atenção básica, no Programa de Saúde da Família; na atenção secundária, nos CAPS Oswaldo Camargo e Luiz Meira Lessa (Infantil); e na atenção terciária, no Hospital Geral Roberto Santos/CIAVE.



Leny Alves Bomfim Trad - Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (1987) e doutorado em Ciencias Sociales y Salud - Universidad de Barcelona (1996). Realizou Pós-doutorado no Centre de Recherches et d'Études en Anthropologie (CREA), Lumiere/Lyon 2/FR, em Antropologia da Saúde junto a François Laplantine (2006, bolsa Capes) e estágio sênior no Department of Black and Latino Studies da Baruch College/CUNY/USA, na área de Sociologia da Raça ao lado da socióloga Vilna Treitler (2014, bolsa Capes). É Professora Titular do Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia onde coordena o Programa Integrado de pesquisa e Cooperação Técnica Comunidade, Família e Saúde - Contextos, Sujeitos e Políticas Públicas - FASA. Desenvolve pesquisas, assessorias técnicas e publicações nas seguintes áreas temáticas: Avaliação de Políticas e Programas de Saúde ênfase na Família; Comunidades, Famílias, Modos de Vida e Saúde; Raça, Etnicidade e saúde; Itinerários terapêuticos, Cronicidade e Cuidado Integral em Saúde; Vulnerabilidades, Direito universal à saúde, Ativismo Social e Políticas Públicas; Temas e Enfoques em Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Foi Vice-diretora da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO de julho de 2015 a julho de 2018. Coordenadora Adjunta na área de Saúde Coletiva na CAPES (desde maio 2018). É editora associada das revistas Ciência & Saúde Coletiva (Science and Collective Health) e LEthnographie - Nouvelle Édition (France). É revisora dos periódicos: Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, Phisys, Interface - Comunicação, Saúde, Educação etc.



Luciana Togni de Lima e Silva Surjus - Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Pública. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão “DiV3rso: Saúde Mental, Redução de Danos e Direitos Humanos”. Orientadora do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde - UNIFESP. Coordenadora da Câmara de Extensão e Cultura - UNIFESP - Campus Baixada Santista. Coordenadora Sudeste da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). Coordenadora do Grupo de Trabalho de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes da Abrasme. Presidente do Conselho Municipal sobre Drogas de Santos-SP.



Luís Fernando de Oliveira Saraiva - Psicólogo e bacharel em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da USP (2005). Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo IPUSP (2011). Doutor em Psicologia Social pelo IPUSP (2016). Foi Conselheiro do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, gestões 2010-2013 e 2013-2016, atuando como Conselheiro-Secretário - membro da Diretoria - e Conselheiro Presidente da Comissão de Ética. Atuou em um CRAS, com o acompanhamento de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social. Tem atuado principalmente nos seguintes temas: Psicologia Social, Psicologia Escolar, família, atuação profissional em psicologia, modos de subjetivação, políticas públicas, processos de inclusão-exclusão, assistência social, queixa escolar, ética profissional.



Maria Aparecida Affonso Moysés - Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1973); doutorado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1979) e Livre-Docência em Pediatria Social na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (1998). Atualmente é Professora Titular em Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Sua atuação em ensino e pesquisa é na área de Atenção à Saúde do Escolar, em especial nos campos de medicalização do comportamento e da aprendizagem, avaliação cognitiva; aprendizagem e desenvolvimento. Coordena o Laboratório de Estudos sobre Aprendizagem, Desenvolvimento e Direitos, no CIPED (Centro de Investigações em Pediatria) da UNICAMP. Publicou livros e vários artigos em periódicos científicos das áreas de Medicina, Psicologia e Educação; é autora do livro *A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola*. É militante do “DESPATOLOGIZA - Movimento pela Despatologização da Vida”, que tem articulado discussões, eventos e ações sobre a medicalização da vida e da educação.



Maria Cristina G. Vicentin - Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1983), Mestrado em Psicologia Social (1991) e Doutorado em Psicologia Clínica (2002) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. É professora doutora do Curso de Psicologia e do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, onde coordena o Núcleo de Lógicas Institucionais e Coletivas. Tem experiência em Psicologia, com ênfase em Análise Institucional, atuando principalmente nos âmbitos da Reforma em Saúde Mental e dos Direitos da Infância e da adolescência.



Maria de Lurdes Zanolli - Possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (1978), mestrado em Medicina - Área de Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1992), doutorado em Pediatria pela Universidade Estadual de Campinas (1999) e Especialização em Pediatria e Saúde Pública. É professora assistente doutora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas atuando na Graduação em Medicina, nas Residências em Pediatria e Medicina de Família e Comunidade, na Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente e, em Extensão na rede de Atenção Básica à Saúde. Na pesquisa, trabalha também com Metodologias Qualitativas. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Pediatria Social, atuando principalmente nos seguintes temas: Pediatria, Saúde Materno-infantil, Políticas e Práticas de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Fatores de Risco, Saúde da Família e Pediatria Social.

Ricardo Arantes Lugon - Médico Psiquiatra da Infância e Adolescência graduado pela Universidade Federal do Espírito Santo com Residência Médica no Instituto Municipal Philippe Pinel/RJ. Mestre em Educação pela UFRGS. Doutorado em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Professor na Faculdade de Psicologia da IENH. Professor do Curso de Medicina da Universidade Feevale. Psiquiatra no Capsi de Novo Hamburgo. Supervisor clínico-institucional em serviços de saúde mental infantojuvenil.



Rossano Cabral Lima - possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1995), residência em Psiquiatria (1998) e Psiquiatria Infantil (1999) pelo Instituto Municipal Philippe Pinel - RJ, mestrado (2004) e doutorado (2010) em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com doutorado sanduíche no Instituto Max Planck de História da Ciência (Berlim, Alemanha). Trabalhou na rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro (CAPS Pedro Pellegrino e CAPSi Eliza Santa Roza) e foi supervisor clínico-institucional do CAPSi Duque de Caxias-RJ. Foi Professor Visitante do NUPPSAM/IPUB/UFRJ (2011) e atualmente é Professor Associado do Instituto de Medicina Social da UERJ, do qual é Vice-Diretor desde 2016. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental de crianças e adolescentes, políticas públicas de saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial, medicalização, diagnósticos psiquiátricos e bioidentidades, saúde mental global, transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos do espectro autista.



Vlândia Jucá - Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará (1996), com mestrado em Comunicação e Cultura Contemporânea pela Universidade Federal da Bahia (1999), doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (2003) e pós-doutorado em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal de Minas Gerais (2016). Tem experiência profissional e acadêmica no campo da saúde mental, com destaque para a saúde mental infanto-juvenil, através da articulação da teoria psicanalítica com as políticas públicas e com a interface ciências sociais/ saúde. Além das atividades de ensino, dedica-se a projetos de extensão e de pesquisa voltados para a assistência e promoção da saúde mental destinada a jovens. É membro integrante do Programa de Saúde Integrada da UFBA (PSiU), no qual colabora para a construção de uma oferta de cuidado em saúde mental para os jovens universitários.

SAÚDE MENTAL

Infantojuvenil

Territórios, Políticas e Clínicas de Resistência



Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Maria Aparecida Affonso Moysés
Organizadoras