

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ADRIANE ERBS DE ABREU

A Produção Sócio-Histórica do Sofrimento Psíquico:  
Reflexões sobre infância e adolescência no capitalismo tardio

Maringá  
2025

ADRIANE ERBS DE ABREU

A Produção Sócio-Histórica do Sofrimento Psíquico:  
Reflexões sobre Infância e Adolescência no Capitalismo Tardio

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientadora: Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani.

Maringá  
2025

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

A162p

Abreu, Adriane Erbs de

A produção sócio-histórica do sofrimento psíquico : reflexões sobre infância e adolescência no capitalismo tardio / Adriane Erbs de Abreu. -- Maringá, PR, 2025.  
118 f. : il., figs.

Orientadora: Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

1. Saúde mental - Infância. 2. Saúde mental - Adolescência. 3. Sofrimento psíquico. 4. Capitalismo. 5. Psicologia sócio-histórica. I. Zaniani, Ednéia José Martins, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed. 155.4



**Universidade Estadual de Maringá**  
**Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**



**Adriane Erbs de Abreu**


**A produção sócio-histórica do sofrimento psíquico: reflexões sobre  
infância e adolescência no capitalismo tardio**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA

Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani  
Presidente

Profa. Dra. Silvana Calvo Tuleski  
Examinadora

  
Profa. Dra. Renata Bellenzani  
Examinadora-Parecerista

Aprovado em: 30/01/2025

Defesa realizada: Por Vídeo Conferência

Dedico esta escrita a todos(as) que caminham na busca pela  
compreensão e superação das determinações que nos condicionam.

## **Agradecimentos**

Ao chegar nestes agradecimentos, percebo que Valter Hugo Mãe nunca esteve tão certo ao dizer que o “paraíso são os outros”. Ao longo dessa trajetória – acadêmica e de vida – aprendi que a humanidade começa nas pessoas que nos rodeiam, e sem elas jamais teria concluído a escrita que aqui apresento. Dito isso, agradeço:

À Mônica, por estar ao meu lado nos bons e maus momentos, acolhendo todas as angústias, inquietações e alegrias, me dando todo suporte e afeto. À minha família, em especial Rita e Denis, por sempre acreditarem em mim e nas minhas potencialidades, em cada torcida e incentivo.

À Rebeca, terapeuta que me acompanhou nos momentos de crise e contribuiu para o meu fortalecimento desde a qualificação.

Aos amigos que tenho de longa data e aos que conheci durante a minha estadia em Maringá. Em especial: Jenifer, pelo carinho e apoio, do início ao fim; e Natália, pelo acolhimento e partilhas.

À minha orientadora, Ednéia José Martins Zaniani, pelos ensinamentos e confiança, pelo suporte e paciência. Às professoras Silvana Calvo Tuleski e Renata Bellenzani, pelas palavras e contribuições na banca de qualificação, que guiaram mudanças significativas na escrita. Aos professores do PPI da UEM e do LAPSIHC, que orientaram muitas leituras, reflexões e momentos essenciais.

Aos profissionais Psicólogos(as) e Médicos(as) que se disponibilizaram a participar e contribuir com a presente pesquisa, com muitas trocas positivas e sinceras.

Às professoras Janaína Cassiano Silva e Tatiana Machiavelli Carmo Souza, que me apresentaram o Materialismo Histórico Dialético e me iniciaram na pesquisa científica.

À CAPES, pelo apoio financeiro por meio da bolsa de estudos.

E por fim, agradeço a todas as pessoas que participaram, direta ou indiretamente, da construção dessa escrita, que se fez com muitas mãos e afetos.

*Quando forem concluídos os registros da história sobre a sociedade capitalista, quando todos os seus crimes forem expostos aos olhos de todos e quando vigorar o veredicto definitivo de uma humanidade tardia, acreditamos que, entre esses crimes, aqueles referentes aos maus-tratos das crianças proletárias terão o maior peso diante da história julgadora.*

*(Luxemburgo, 2011, p. 119)*

Abreu, A. E. de. *A Produção Sócio-Histórica do Sofrimento Psíquico: Reflexões sobre infância e adolescência no capitalismo tardio*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná.

## Resumo

A existência do sofrimento psíquico nem sempre foi reconhecida nos momentos mais precoces do desenvolvimento humano. Crianças e adolescentes são pouco citados nos processos de institucionalização da “loucura”, sendo também tardia sua inclusão na agenda das políticas públicas em saúde mental. A historicidade revela que a saúde mental, enquanto campo de interesse e estudo, tem se modificado no compasso dos modos de estruturação e reestruturação das relações de produção societárias. Por outro lado, a qualidade das expressões de sofrimento tem sido convencionadas sob os moldes descritivos e nosológicos, com diagnósticos sintomatológicos e comportamentais, que ofuscam os processos que o determinam. Esta dissertação objetiva avançar na compreensão da gênese social do sofrimento psíquico na infância e adolescência, ante um cenário que privilegia as explicações médico-psiquiátricas e biologicistas, que reduzem o adoecer/sofrer ao âmbito individual, produzido em si mesmo, enquanto “distúrbios” ou “anormalidades”. Sob os constructos da Psicologia Sócio-Histórica, do Materialismo Histórico Dialético e traçando interlocuções com a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, pretende desvelar contradições presentes no capitalismo tardio e como este modo de produção/reprodução da vida social se expressa na construção do sofrimento psíquico vivido ou imputado à crianças e adolescentes na contemporaneidade. Nessa toada, esta pesquisa, qualitativa e exploratória, entrevistou 04 trabalhadores da Psicologia e 04 da Medicina que atuam ou atuaram em serviços públicos e particulares, lidando com queixas e demandas de Saúde Mental que envolvem a população infantojuvenil. A metodologia dos Núcleos de Significação compôs a análise dos materiais produzidos. Para compreender a realidade objetiva de cada profissional da saúde e suas impressões sobre a atuação com o público infantojuvenil, temos como Núcleo 1: Dimensão subjetiva-objetiva do campo da Saúde Mental Infantojuvenil; e para desvelar a gênese da produção do sofrimento psíquico infantojuvenil, temos o Núcleo 2: A concepção de sofrimento psíquico e o manejo de suas expressões. Por fim, realizamos uma síntese desses núcleos, acrescentando possibilidades de enfrentamento. A análise permitiu a articulação entre as expressões de sofrimento, sob a realidade subjetiva-objetiva da saúde pública e particular brasileira, elucidando as contradições do modo de produção capitalista que determinam seu desenvolvimento e o curso dos tratamentos. Concluímos que para apreender o que está para além da aparência do fenômeno nomeado como sofrimento psíquico, é necessário retornar às raízes da questão social e reconhecer suas múltiplas sequelas. Sua gênese não é individual, nem natural, mas emerge de um sistema que eleva sua riqueza sem diminuir sua miséria, expressando a precariedade das condições de trabalho pela via da degradação física e mental, corroendo as relações afetivas e comunitárias, fragilizando a capacidade protetiva sociofamiliar, desumanizando e alimentando formas de sofrer com qualidades e intensidades distintas. Esperamos com esse trabalho contribuir para a ampliação da consciência coletiva sobre as determinações que nos condicionam, na produção da vida e do adoecimento/sofrimento – que não poupam, sequer, a infância e a adolescência.

Palavras-chave: Infância, Saúde Mental, Capitalismo, Psicologia Sócio-Histórica.



Abreu, A. E. de. The Socio-Historical Production of Psychic Suffering: Reflection on childhood and adolescence in late capitalism. Dissertation (Master's in Psychology). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná.

### **Abstract**

The existence of psychic suffering has not always been recognized in the earliest moments of human development. Children and adolescents are scarcely cited in the processes of institutionalization of 'madness' and are also late to be included in the agenda of public mental health policies. Historicity reveals that mental health, as a field of interest and study, has been modified by the rhythm of the types of structure and restructure of societal production relations. On the other hand, the quality of the expressions of suffering has been conventionalized under descriptive and nosological models, with symptomatic and behavioral diagnoses that obscure the processes that determine it. This dissertation aims to advance the comprehension of the social genesis of psychic suffering in childhood and adolescence in the face of a scene that privileges medical-psychiatric and biologicist explanations, reducing sickness/suffering to an individual ambit, produced in itself, as 'disorders' or 'abnormalities'. Under the constructs of Social-Historical Psychology, Dialectical-Historical Materialism, and tracing interlocutions with the Theory of Social Determination of the Health-Sickness Process, this work intends to unveil the contradictions present in late capitalism and how this mode of production/reproduction of social life expresses itself in the construction of psychic suffering experienced or attributed to children and adolescents in contemporaneity. Along these lines, this qualitative and exploratory research interviewed four workers of Psychology and four workers of Medicine who have acted in public and private services dealing with Mental Health complaints and demands involving child and youth populations. The Meaning Core methodology formed the analysis of the produced materials. To comprehend each mental health professional's objective reality and their impressions about practice with children and youth, we have Core 1: The Objective-Subjective Dimension of the Field of Children and Youth Mental Health; and to unveil the genesis of the production of psychic suffering in children and adolescents, we have Core 2: Between the Psychic Suffering Mental Health Conception and the Management of Its Expressions. Finally, we performed a synthesis of these cores, adding possibilities of confrontation. The analysis made it possible to articulate the expressions of suffering, under Brazil's objective-subjective reality of public and private health, and the contradictions of the capitalist mode of production that determine its development and the course of the treatments. We conclude that, to understand what lies beyond the appearance of the phenomenon called psychic suffering, it is necessary to return to the roots of the social question and recognize its multiple consequences. Its genesis is neither individual nor natural but emerges from a system that elevates its wealth without reducing its misery, expressing the precarity of work conditions through physical and mental degradation, eroding affective and communal relations, weakening the socio-familial protective capacity, dehumanizing and feeding modes of suffering with distinctive qualities and intensities. We hope that this work contributes to the expansion of collective consciousness about the determinations that condition us in the production of life and sickness/suffering—which spare not even childhood and adolescence.

**Keywords:** Childhood, Mental Health, Capitalism, Socio-Historical Psychology.

## **Lista de Quadros**

Quadro 1 – Descrição geral dos entrevistados .....	63
Quadro 2 – Principais conceitos dos processos de saúde e doença .....	81
Quadro 3 – Concepções dos(as) entrevistados(as) sobre o sofrimento psíquico .....	83

## **Lista de Siglas**

PHC – Psicologia Histórico-Cultural

MHD – Materialismo Histórico Dialético

MPC – Modo de produção capitalista

PSH – Psicologia Sócio-Histórica

CID – Classificação Internacional das Doenças

OMS – Organização Mundial de Saúde

DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

IPAI – Instituto de Proteção e Assistência à Infância

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

ABHM – Archivos Brasileiros de Hygiene Mental

HNA – Hospital Nacional dos Alienados

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

SUS – Sistema Único de Saúde

SMCA – Saúde Mental da Criança e do Adolescente

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial do SUS

CAISM – Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CEDECA – Centro de Defesa dos Direitos das Crianças e Adolescentes

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TOD – Transtorno Opositor Desafiador

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>13</b>
<b>Seção 01. Constituindo os caminhos da produção e reprodução de vida .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1. Ponto de partida .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1.1. A economia política de Marx .....</b>	<b>18</b>
<b>1.2. Um panorama sobre a vivência subjetiva-objetiva no capitalismo tardio.....</b>	<b>21</b>
<b>1.2.1. Questão social, pauperismo e a determinação social dos processos de saúde doença.....</b>	<b>24</b>
<b>1.3. O percurso da loucura e a ascensão dos diagnósticos médico-psiquiátricos em saúde mental .....</b>	<b>27</b>
<b>1.2.1. A infância na história da loucura .....</b>	<b>31</b>
<b>Seção 02. Considerações sobre o desenvolvimento do campo da saúde mental infantojuvenil.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1. Sobre o contexto histórico da infância e juventude no cenário brasileiro.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1.1 Constituição de um país e seus ensaios de assistência à infância.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1.2. Movimento de Higiene Mental e a Institucionalização de crianças e adolescentes .....</b>	<b>39</b>
<b>2.1.3. A construção das políticas públicas em Saúde Mental no Brasil .....</b>	<b>44</b>
<b>2.2. O campo da Saúde Mental Infantojuvenil na atualidade.....</b>	<b>48</b>
<b>2.2.1. Medicalização e patologização da infância .....</b>	<b>51</b>
<b>2.2.2. Epidemia dos diagnósticos em saúde mental.....</b>	<b>53</b>
<b>Seção 03. Primeiro movimento de análise: do concreto caótico ao concreto pensado.....</b>	<b>58</b>
<b>3.1. Apontamentos metodológicos gerais.....</b>	<b>58</b>
<b>3.2. Métodos de coleta de dados.....</b>	<b>59</b>
<b>3.4. Métodos de análise de dados.....</b>	<b>60</b>
<b>3.4.1. Núcleos de Significação.....</b>	<b>60</b>
<b>3.4.2. Etapas da análise dos Núcleos de Significação .....</b>	<b>62</b>
<b>Seção 04. Segundo movimento de análise: a produção de sofrimento psíquico infantojuvenil no capitalismo tardio .....</b>	<b>63</b>
<b>4.1. Descrição geral dos dados coletados e tabelas de informações das entrevistas.....</b>	<b>63</b>
<b>4.2. Análise dos Núcleos de Significação.....</b>	<b>65</b>

4.2.1. Núcleo de Significação 1: Dimensão subjetiva-objetiva do campo da Saúde Mental Infantojuvenil.....	65
4.2.2. Núcleo de Significação 2: A concepção de sofrimento psíquico e o manejo de suas expressões .....	80
4.3. Ensaio para uma síntese geral da análise dos dados e das possibilidades de enfrentamento .....	93
Considerações Finais .....	100
Referências.....	104
Anexo I.....	115
Anexo II.....	116

## Introdução

O interesse por este estudo iniciou-se na graduação, realizada na Universidade Federal de Catalão (UFCAT) entre 2017-2022, quando tive contato com a Psicologia Histórico-Cultural (PHC) nas disciplinas de Desenvolvimento Humano, Psicologia Escolar, Neuropsicologia e Investigação e Métodos em Processos Psicossociais. No decorrer desse processo, fui apresentada às obras de Marx, Vigotski, Luria e Leontiev<sup>1</sup>, bem como referências de autores/as nacionais que se debruçam sobre a PHC – em especial os professores que compõem o Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Ao me interessar pela PHC e pelo Materialismo Histórico Dialético (MHD), busquei por projetos de pesquisa e extensão que me permitissem dar continuidade nos estudos para além dos acessados em sala de aula.

Mesmo atravessada pelo contexto da pandemia de COVID-19, em 2020 concluí minha primeira pesquisa de iniciação científica, intitulada *Fracasso escolar e medicalização: o que dizem os professores?*, orientada pela professora Dra. Janaína Cassiano Silva; e em 2022 concluí a segunda, intitulada *Violência doméstica e intrafamiliar como experiência educativa na concepção de pais e mães*, orientada pela professora Dra. Tatiana Machiavelli Carmo Souza – ambas fundamentadas no MHD. Entre 2020 e 2022, também participei da ação de extensão coordenada pelas duas professoras aqui citadas, voltada para Estudos e Pesquisas em Teoria Histórico-Cultural e Processos Psicossociais, onde pude ter um contato maior com a leitura integral das obras de Vigotski.

Em minha monografia – trabalho exigido para conclusão da graduação – por fim, busquei desvelar o processo de humanização (singular-particular-universal) através da arte, na interlocução da obra *A Desumanização*, de Valter Hugo Mae, com os processos de desenvolvimento e de criação à luz da PHC. As temáticas da medicalização, da arte e das experiências de violência na infância despertaram o interesse para com este público, e, como consequência, nasceu a motivação para a presente pesquisa, que parte singularmente da compreensão crítica sobre o desenvolvimento humano e os processos de sofrimento psíquico no entremeio do modo de produção capitalista (MPC), bem como da inquietação sobre como tem sido amparadas as crianças e adolescentes em seus determinados contextos.

---

<sup>1</sup> Karl Marx (1818-1883), filósofo alemão, pai do socialismo científico, também conhecido como marxismo. Lev Semionovitch Vigotski (1896-1934), Alexis Nikolaevich Leontiev (1903-1979), Alexander Romanovich Luria (1902-1977), psicólogos soviéticos, proponentes da Psicologia Histórico-Cultural.

Nesse sentido, é preciso considerar que a crescente degradação da vida sob o capitalismo atual tem como algumas de suas consequências a produção de um estado de preocupação e angústia, de alienação e desamparo (Martins, 2020). Conforme Costa (2023), Marx foi quem primeiramente questionou a capacidade de uma sociedade em aumentar a sua produção de riqueza, ao passo que, proporcionalmente, também aumenta a produção de sua miséria e sofrimento. A lógica de um sistema social que eleva sua riqueza sem diminuir sua miséria, portanto, afeta sua população de maneira desigual e expressa a precariedade das condições de trabalho pela via da degradação física e mental, corroendo as relações afetivas e comunitárias, multiplicando processos de adoecimento e sofrimento psíquico<sup>2</sup> – que também tem resvalado sobre a infância e adolescência.

Tendo em vista esses motivos pessoais e sociais, algumas das questões que acompanharam a construção desta dissertação foram: qual a gênese social do sofrimento psíquico na infância e adolescência? Como podemos compreender as ligações do capitalismo tardio com a produção de sofrimento psíquico infantojuvenil? E, de que modo, a experiência dos profissionais da Psicologia e Psiquiatria que atuam no campo da saúde mental infantojuvenil podem nos auxiliar na análise de tal fenômeno?

A fim de responder tais perguntas, esta pesquisa tem como *objetivo* compreender a gênese social do sofrimento psíquico da população infantojuvenil no capitalismo tardio, a partir da experiência de profissionais que atuam no campo da Saúde Mental. Dentre os *objetivos específicos*, pretendemos desvelar como o modo de produção/reprodução da vida social se expressa na construção do sofrimento psíquico vivido na infância e adolescência; apresentar meandros que acompanham o desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental infantojuvenil e os processos de sofrimento psíquico desta faixa etária; e analisar como os profissionais do campo significam esses processos a partir do que vem sendo apontado na literatura.

Partindo da Psicologia Sócio-Histórica (PSH) e dos fundamentos teórico-metodológicos do MHD, entendemos que mesmo estando inseridos em uma sociedade de

---

<sup>2</sup> O termo ‘sofrimento psíquico’ foi cunhado por Franco Basaglia, expoente da Reforma Psiquiátrica italiana, para contrapor e substituir terminologias clássicas como ‘loucura’, ‘doença mental’ e ‘transtorno mental’. Sabendo que são múltiplas e diversas as expressões de sofrimento que na atualidade acometem a população infantojuvenil e que estas não se limitam àquelas nomeadas como doenças/transtornos mentais graves e persistentes, usaremos o termo ‘sofrimento psíquico’ buscando contemplar também o sofrimento decorrente de situações críticas ou experiências adversas e mal estares mais ou menos intensos vividos “subjetivamente, mas plenamente reconhecidos em sua origem objetiva, socialmente esperados em natureza, intensidade e momento” (Sampaio, 1998, p. 104).

classes, que produz e reproduz processos de alienação, bem como processos destrutivos da saúde integral, a constituição subjetiva não se dá de forma direta, mas mediada pela dialética singular-particular-universal. Isto significa dizer, que o desenvolvimento humano se dá na unidade biológica, psicológica e social, adquirido do inter para o intrapsíquico, ou seja, daquilo que é externo/coletivo (universal) para uma singularização de sentidos individuais (singular), a partir da mediação social (particular) (Oliveira, 2005).

Em acréscimo, entendemos que a constituição dos sujeitos e suas expressões de sofrimento são forjados a partir das desigualdades sociais, raciais e de gênero, das relações de classe que os subordinam e condicionam suas expressões. Quando direcionamos nossa atenção para o campo da Saúde Mental – aqui especificamente na infância/adolescência, também entendemos que os processos de sofrimento psíquico estão imbricados tanto aos aspectos político-sociais que regem a sociedade, quanto na vivência individual, qualitativamente distinta e produzida à sua própria maneira. O que pretendemos demarcar é que, estando essa população inserida no contexto de exploração capitalista, também estará exposta às suas consequências degradantes, tal como sentirão a fragilização da capacidade protetiva sociofamiliar, necessária ao desenvolvimento humano.

Levando em consideração a tese de que os modos de produção capitalista e as formas de trabalho são determinantes nos processos de adoecimento/sofrimento, bem como da construção de uma vida saudável, a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença – discutida, dentre outros autores<sup>3</sup>, por Breilh (2006) – retrata a *urgência* em compreender esses processos de maneira dinâmica, a partir da produção social da vida de cada momento histórico e dos modos de organização da sociedade. Por isso, para analisar os processos de saúde-doença é necessário ir além das condições físicas, biológicas e mentais de cada indivíduo, compreendendo as determinações sociais que regem as estruturas de cada sociedade, em seus contextos específicos.

Pensando que esse processo foi historicamente resumido à sua dimensão biológica e orgânica, deixando de lado a experiência individual e suas condições de vida materiais, as sociedades produziram (e produzem) formas de adoecimento, tanto estabelecendo critérios diagnósticos, quanto prescrevendo práticas assistenciais naturalizadas (Zaniani, 2021). No entanto, a dialética saúde-doença contempla um processo qualitativo e complexo que permeia a vida e que, principalmente, não pode ser reduzido ou simplificado (Kahhale et al., 2014).

---

<sup>3</sup> Procurar por Asa Cristina Laurell, Maria Cecília Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves e Sergio Arouca.



Com o intuito de desenvolver tais apontamentos e cumprir com os objetivos da pesquisa, os capítulos a seguir foram divididos em seis, considerando a Introdução enquanto a primeira seção. Na seção 1, discorreremos o nosso *Constituindo os caminhos da produção e reprodução de vida*, contemplamos as aproximações entre o modo de produção capitalista e os processos de produção e reprodução de vida, apresentando suas relações com o pauperismo, o conceito de questão social e os processos de saúde-doença.

Na seção 2, *Considerações sobre o desenvolvimento do campo da saúde mental infantojuvenil*, apresentamos uma revisão histórica das políticas públicas infante juvenil e os processos de sofrimento psíquico que intercedem essa população. Na seção 3, abordamos o *primeiro movimento de análise*, com a metodologia que orienta a pesquisa, incluindo as etapas que envolvem a escolha pela população entrevistada, o processo de entrevista e a utilização dos Núcleos de Significação. Na seção 4, *Segundo movimento de análise: produção de sofrimento psíquico infante juvenil no capitalismo tardio*, são apresentados os resultados e análise das entrevistas a partir dos Núcleos de Significação. Por fim, as considerações finais do trabalho.

## Seção 1- Constituindo os caminhos da produção e reprodução de vida

*“A essência humana não é uma abstração inerente ao indivíduo singular. Em sua realidade, é o conjunto das relações sociais.”*

(Marx, 2001, p. 101).

Considerando a máxima retirada da *VI Tese sobre Feuerbach*, de Karl Marx, nesta seção pretendemos discorrer sobre as aproximações entre o modo de produção capitalista e os processos de produção e reprodução de vida. Para tanto, iremos refletir sobre a constituição subjetiva e a economia política de Marx, apresentando retrato do capitalismo tardio e suas relações com o pauperismo, o conceito de questão social e adentrando os processos de saúde-doença. Em seguida, tecemos uma breve contextualização histórica sobre o percurso da *loucura* e dos diagnósticos em saúde mental no entremeio desta conjuntura político-social, introduzindo apontamentos sobre o lugar das crianças nesse percurso.

### 1.1. Ponto de partida

Antes de adentrarmos no cerne da nossa discussão, primeiro partimos da compreensão da constituição subjetiva/objetiva na vivência dos indivíduos. Considerando os produtos socialmente constituídos e a dialética envolvida neste processo, estender-se sobre a materialidade da vida para além dos fenômenos naturais significa apreender que a essência humana está no conjunto das relações sociais. Assim, a partir da análise marxiana que se contrapõe ao idealismo em relação ao estudo da materialidade, entende-se que as ideias não determinam a história/o real, mas sim o contrário: “o conhecimento humano é entendido como uma reconstrução da realidade objetiva no pensamento” (Pasqualini & Martins, 2015, p. 363).

Desse modo, estar a par das reais condições de vida se torna crucial na análise de cada fenômeno, uma vez que é na historicidade que se aplicam os princípios do MHD. Considerando um dos eixos centrais da metodologia de Marx, a *centralidade do presente*, entende-se a história enquanto um processo em constante desenvolvimento e o presente como o momento privilegiado para compreender o passado (Marx, 2013). É a partir da observação da realidade concreta que se mostra a possibilidade de compreensão da desintegração social precedente e das possibilidades de desenvolvimento futuro de cada fenômeno.

Na análise dessas condições históricas e contextuais, no entanto, é imprescindível o entendimento de que estas não se resumem a uma mera localização geográfica ou abrangência

populacional, mas envolvem os regimes sociais, políticos e econômicos que se instauram ao longo do desenvolvimento das sociedades. Desse modo, o método *materialista histórico-dialético* postulado por Marx tem como pretensão apreender e desvelar o desenvolvimento e as transformações do ser social em sua realidade objetiva – que se apresentam no capitalismo, partindo de uma perspectiva de análise que não desconecta a materialidade da vida do seu caráter histórico e dialético (Masson, 2007).

Quando pensamos no desenvolvimento humano e na constituição do psiquismo, o próprio método evidencia a relação dinâmica e interdependente que existe entre a realidade e a construção do sujeito singular. Esse movimento permite a apropriação das informações histórico-sociais transgeracionalmente produzidas, que constituem o processo de autoconstrução do indivíduo ao longo da história (Oliveira, 2005). Ou seja, o homem, enquanto ser social e síntese de múltiplas determinações, tem sua formação singular através da apropriação da universalidade, tendo de produzir, primeiro a consciência da existência do mundo externo e objetivo – a partir da análise, abstração e generalização dos objetos do real -, para depois a de um mundo interno e subjetivo.

Retomando a ideia de que a essência humana está no conjunto das relações sociais, pode-se dizer que o processo de produção e reprodução da vida se faz e tem sua qualidade definida nas mediações que se estabelecem ao longo do desenvolvimento. Pela caracterização dessa dinâmica, confere-se o conceito de dialética singular-particular-universal, que representa a interligação entre o sujeito, as mediações à ele possibilitadas, e a realidade concreta (Pasqualini & Martins, 2015). Aqui, pode ser ressaltada a importância da materialidade, em seu caráter histórico e dialético, para a compreensão da constituição subjetiva e psíquica dos indivíduos – uma vez que o desenvolvimento se dá para além do seu aparato biológico, sendo determinado socialmente no entremeio das suas condições materiais.

Compreendendo que tais condições se configuram majoritariamente no modo de produção capitalista, e que, portanto, o desenvolvimento humano se encontra atravessado pelas contradições deste sistema político-social, entraremos brevemente nos princípios da economia política de Marx, demarcando alguns de seus conceitos fundamentais para estabelecermos relações com o objeto da pesquisa e com o método aqui apresentado.

### **1.1.1. A economia política de Marx**

Na obra de Marx e Engels (2008), *Manifesto do Partido Comunista*, tem-se as primeiras discussões teóricas sobre o estudo dos conflitos de classe na ascensão do capitalismo. Uma

premissa revolucionária apontada pelos autores, foi a de que o modo de obtenção dos meios de vida necessários à existência do homem determinam suas condições de vida concreta. Isto significa dizer que a história do desenvolvimento da sociedade é, antes de tudo, a história do desenvolvimento dos modos de produção que se sucedem uns aos outros ao longo dos séculos, modificando as forças produtivas e as relações de produção entre os homens.

Considerando que o *trabalho*, no seu sentido ontológico, é a atividade vital humana que permite a elaboração de traços característicos da sua criação, definindo e orientando suas necessidades, a interação/mediação entre homem e a natureza se mostra fundante de todo o processo de formação do ser social (Marx, 2013). Segundo Almeida et al. (2011, p. 552), “o homem se define essencialmente pela produção social e histórica de seus meios de vida”, produzindo e reproduzindo-a. No entanto, o modo de produção capitalista submete essa mediação às exigências da troca do capital, da propriedade privada e da divisão do trabalho – fazendo com que categorias, inclusive de subsistência, passem a ser inacessíveis sem a entrada no circuito mercantil, uma vez que “as coisas não mais se transformam em mercadoria; elas são mercadoria” (Benjamin, 2020, p. 5).

Nesse cenário, Marx e Engels (2008) ressaltam que o novo regime social traz à tona dois grupos antagônicos: aqueles que detém os meios de produção (burguesia) e os que vendem sua força de trabalho (proletariado). A atividade, nesse momento, se constitui nos moldes da empregabilidade. Isso faz com que o trabalhador não tenha apenas de lutar pelos seus meios físicos de vida, mas também pela aquisição de trabalho, isto é, pela possibilidade, pelos meios de poder efetivar sua atividade (Marx, 2004). Com tal divisão, de um lado floresce a acumulação do capital através da atividade abstrata do homem, que por outro lado tem sua existência reduzida à condição de qualquer outra mercadoria. Assim,

Mesmo na situação de sociedade que é mais favorável ao trabalhador, a consequência necessária para ele é, portanto, sobretrabalho e morte prematura, descer à [condição de] máquina, de servo do capital que se acumula perigosamente diante dele, nova concorrência, morte por fome ou mendicância de uma parte dos trabalhadores (Marx, 2004, p. 27).

Marx (2004) aponta, nesse sentido, que independentemente das condições sociais de riqueza, a condição econômica do proletariado não iria ascender – o que o levou à ideia de que o *pauperismo absoluto* representava a leitura econômica da realidade, em que a produção de riqueza seria inversamente proporcional à produção de miséria dos trabalhadores<sup>4</sup>. Ou seja,

---

<sup>4</sup> Conceito definido enquanto Lei Geral da Acumulação Capitalista em O Capital (Marx, 1867/2013).

quanto maior a acumulação de capital de uma sociedade, mais se aumenta o pauperismo da população. Sobre essa questão, o autor ainda postula que estando à deriva das oscilações do mercado, regulada pela lei de oferta e demanda, a tendência nesses moldes seria a constante diminuição do salário à uma condição mínima, a partir do aumento da quantidade dos trabalhadores.

Ao denunciar tal estrutura social, Marx e Engels (2008) demonstram que o modo de produção capitalista gera um sistema de classes em eterno conflito, sob a dominação econômica e política da classe burguesa. Para melhor compreender a conjuntura que se instaura, Marx (2013) discorre sobre alguns fundamentos do capitalismo que consideramos importante mencionar aqui.

Em *O Capital*, Marx (2013) descreve o conceito de mais-valia enquanto a forma de exploração característica do capitalismo, sendo a diferença entre o valor do produto e o valor do capital despendido no processo de produção. Nesse sentido, entende-se que existem duas espécies de capital: o constante, que representa o valor dos meios de produção e do produto; e o variável, que seria a compra da força de trabalho necessária à produção, acrescida do valor excedente apropriado pelo capitalista. Para Marx, uma vez que os trabalhadores não possuem os meios de produção, concomitantemente não recebem o equivalente àquilo que produzem – fazendo com que todo o lucro obtido através da produção das mercadorias vá direto para o empregador.

O trabalhador, ao vender sua força de trabalho ao capitalista, recebe em troca um salário que apenas tem como intuito garantir a reprodução desta. No entanto, sua atividade gera um excedente – um valor superior ao necessário para a reprodução – que é apropriado pelo capitalista, e esse excedente é o que denomina-se mais-valia (Loyola, 2009). Compreendendo o capitalismo e sua forma de organização social, o trabalhador – necessitante de meios de subsistência –, se vê em uma posição de dependência com o trabalho, mesmo que este possua uma divisão determinada, unilateral, que não o remunera de acordo com o que realmente produz (Marx, 2004).

Desse modo, Marx (2004) se depreende da palavra “alienação” para designar o estranhamento do trabalhador em relação ao produto do seu trabalho, uma vez que o produto passa por uma fragmentação em seu processo/meio de produção que faz com que o trabalhador não o reconheça em sua fase final. Campos e Júnior (2023, p. 113) apontam que “é como se o produto tivesse surgido independente do homem/produtor, como uma espécie de feitiço e seu valor de troca desvinculado dessa produção”. A alienação, nesse sentido, pode ser concebida

enquanto a exteriorização da essência humana – o trabalho – e do não-reconhecimento desta atividade enquanto tal, que se transforma em sacrifício de si e mortificação.

Esse processo nos leva para outro termo utilizado por Marx (2013): o fetichismo da mercadoria. Ao perceber que o valor da mercadoria, quando finalizada, não mantinha seu valor real de venda, mas adquiria uma valoração irreal e infundada, o autor denota o valor de troca que se desenvolve ao ocultar as relações sociais de exploração do trabalho, para dar lugar à uma atribuição simbólica – como se o produto perdesse sua humanidade e passasse a ser um objeto de adoração/representação que supera o real. Assim, a mercadoria adquire muito mais valor do que o valor de uso, como se o produto exercesse um controle sobrenatural sobre o comprador (Campos & Júnior, 2023).

Por fim, os dois últimos conceitos aqui apresentados a partir da leitura marxiana se referem ao modo como a sociedade se organiza em sua complexidade: através da infraestrutura (base econômica) e da superestrutura (níveis, instâncias jurídicas, política, ideológica). Para Marx (2004), a estrutura social é sustentada pela base econômica que diz respeito aos meios de produção, sua força de trabalho – o proletariado – e a matéria prima produzida. Já a superestrutura, se configura pelo esqueleto político-ideológico que mantém os grupos dominantes em constante poder, para consolidar e perpetuar seu domínio. Ou seja, sob a exploração das relações de trabalho se mantém o *status quo* do modo de produzir capitalista.

É nessa conjuntura de contradições que compõe-se o desenvolvimento dos demais conceitos aqui mencionados – e de tantos outros formulados pelo autor. É nesse cenário também que se materializa o desenvolvimento humano, a produção da sua saúde, do seu adoecimento/sofrimento e a qualidade dos fenômenos a serem desvelados através do método MHD. Feitas essas breves considerações, questionamos: como podemos compreender estes mesmos fenômenos no cenário político atual? Tentaremos discorrer a seguir.

## **1.2. Um panorama sobre a vivência subjetiva-objetiva no capitalismo tardio**

Compreendendo, neste momento, os principais conceitos da Economia Política de Marx e da constituição do MHD, agora colocaremos em pauta as nuances e contradições do capitalismo tardio e seus impactos nas vivências subjetivas-objetivas. A partir da premissa de que o sistema político-social vigente não está interessado nas condições de vida em termos de qualidade/conforto e subsistência, Oliveira (1967) traduz essa questão destacando que o homem, enquanto mercadoria (capital) de importância para a manutenção da produção de riqueza, tem sua vivência reduzida às condições de subserviência.

O retrato atual do modo de produção capitalista não se distancia do mesmo descrito por Marx e Engels, ainda que sob novas roupagens, segue reproduzindo seus processos de exploração e (des)humanização. A conceituação desta fase enquanto *tardia*, parte de Ernest Mandel (1982), que dentro de uma visão marxista de economia e das crises do sistema capitalista, descreve que a expansão das grandes corporações multinacionais, a globalização dos mercados e intensificação dos fluxos internacionais do capital geraram o crescimento do consumo (e portanto, da produção) até tornar-se insustentável pela exaustão dos recursos naturais. Istvan Mészáros (2011), em sua obra *Para Além do Capital*, compreende que trata-se de uma fase em que este sistema esgotou sua parca capacidade civilizatória e, para continuar, tem de ser eminentemente destrutivo de direitos do trabalhador e das bases da vida com a agressão e desmantelamento do meio ambiente.

Nesse bojo, tem-se a ascensão da política neoliberal, que busca solucionar o problema da lucratividade de longa duração e crise econômica internacional, e, por sua vez, acaba tendo como consequência a queda dos salários, o crescente aumento do sub e do desemprego e o empobrecimento generalizado da população (Martins, 2020). Desde o capitalismo na acumulação primitiva até os dias atuais, a precarização da vida geral da classe trabalhadora torna cada vez mais difícil a reprodução da vida de determinados estratos da classe trabalhadora, pela própria fragilização das condições de trabalho – uma vez que o capital não produz levando em consideração o atendimento das necessidades humanas (Santos & Carvalho, 2019).

O Estado neoliberal que vem se constituindo nos moldes da precarização do trabalho, gera cada dia mais insegurança de classe, considerando que tal projeto, segundo Alves (2009, p. 189) “possui como base objetiva, a intensificação (e a ampliação) da exploração (e a espoliação) da força de trabalho e o desmonte de coletivos de trabalho e de resistência sindical-corporativa”. Nesse cenário, Franco et al. (2010) complementam a discussão com a nomeação de algumas dimensões de impacto que emergem desse processo de fragilização, tais como: 1) vínculos de trabalho e relações contratuais que levam à perda dos direitos trabalhistas; 2) organização e as condições de trabalho com metas inalcançáveis e ritmo intenso; 3) precarização da saúde dos trabalhadores; 4) fragilização do reconhecimento social, da valorização simbólica e do processo de construção das identidades individual e coletiva; 5) enfraquecimento da representação e organização coletiva.

Para além disso, sob as nuances da configuração político-social do contexto brasileiro, que se constitui enquanto um regime capitalista dependente<sup>5</sup>, ressalta-se que sua organização social acontece a partir das contradições históricas e atuais do colonialismo, do racismo estrutural, da desigualdade social e de gênero, da individualização e biologização das condições de vida (Abreu et al., 2024). Nessa conjuntura, tem-se projetos de implementação da manipulação popular, por meio da mídia, dos setores políticos, da educação, que afeta diretamente a classe pobre, negra, as mulheres e os grupos historicamente excluídos. Existe, ainda, a compreensão de ideologias que encobrem tais contradições, fragmentando as análises e naturalizando as condições de desigualdade produzidas pela sociedade de classes.

De acordo com o relatório da Oxfam (2024), que discute a relação das desigualdades e o poder corporativo global, mostram que 63% da riqueza do Brasil está nas mãos de 1% da população, enquanto os 50% mais pobres detêm apenas 2% do patrimônio do país. Os estudos também apontam que a renda dos brancos está mais de 70% acima da renda da população negra. Considerar a história de constituição da sociedade brasileira se faz importante para o entendimento de que a produção e reprodução da vida não estão alheias às condições que se instauram no seio social, no ambiente de trabalho, bem como no acesso às políticas públicas de saúde e subsistência.

Em 2020, a pandemia de COVID-19 escancarou as fragilidades longínquas do sistema deficitário enfrentado pela população brasileira, bem como a atuação negligente e desordenada do Governo Federal sob o regime de Jair Bolsonaro. Nesse período, o sistema de saúde entrou em colapso, o desemprego atingiu cerca de 14,3 milhões de brasileiros e o número de óbitos ultrapassou a marca de 400 mil – gerando a paralisação de atividades de trabalho, de ensino, engendrando processos de insegurança pública, emocional e alimentar (Freitas & D’avila, 2021; Saviani & Galvão, 2021).

Mais preocupado com a economia do que com a vida, “o governo foi resistente à criação de subsídios que viabilizassem a adoção generalizada da principal estratégia para frear a disseminação da doença: o isolamento social” (Freitas & D’avila, 2021, Introdução, para. 9). A precarização das condições de subsistência e impossibilidade de conduzir a vida sem auxílio financeiro adequado fez com que grande parte da classe trabalhadora não pudesse se isolar ou

---

<sup>5</sup> Entende-se por capitalismo dependente o conceito postulado por Florestan Fernandes (1973), que considera a submissão aos ditames hegemônicos do capital europeu e norte americano, regida por uma relação de dependência que carrega resquícios sólidos da autocracia advinda dos colonizadores portugueses e sedimentada nas determinações atuais do neoliberalismo (Abreu et al., 2024).



proteger da exposição ao vírus. Freitas e D’avila (2021) colocam que o auxílio emergencial atendeu 67 milhões de brasileiros e foi a única fonte de renda de 44% das pessoas contempladas; no entanto, de R\$600,00 reais houve uma redução de valor após um ano de pandemia, que variou entre R\$150,00 e R\$375,00. Nesse mesmo ano, o valor da cesta básica estava em torno de R\$551,83.

Tal cenário intensificou a precarização e informalização do trabalho, a partir do movimento precedente de terceirização, uberização e “pejotização” – que cada vez mais desestrutura a classe trabalhadora e seus direitos (Antunes, 2020). Enquanto isso, a Oxfam (2024) afirma que os cinco homens mais ricos do mundo dobraram suas fortunas durante a crise sanitária, ao passo que 5 milhões de pessoas ficaram mais pobres. Estas informações evidenciam a permanente política de superexploração da classe trabalhadora das mais variadas formas, desde que estas mantenham as altas taxas de lucro – que leva à manutenção da *questão social*.

### **1.2.1. Questão social, pauperismo e a determinação social dos processos de saúde-doença**

No entremeio do modo de produção capitalista e da constituição subjetiva, tem-se o que se denomina *questão social*: “o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da classe capitalista” (Netto, 2011, p. 17). Nesse sentido, tais problemas têm em suas expressões a materialização da fome, das condições degradantes de vida, habitação e trabalho, do empobrecimento contínuo da população em detrimento da acumulação de capital. Bem como Marx (2013) anunciou, a Lei Geral da Acumulação do capitalismo gradativamente produz, proporcionalmente à sua produção de riqueza, o pauperismo absoluto.

Santos e Carvalho (2019) apontam que o empobrecimento típico do modo de produção capitalista, ao contrário dos modos de produção anteriores, não resulta da escassez ou do baixo desenvolvimento das forças produtivas, mas sim da forma como os bens socialmente produzidos são distribuídos e circulam, fomentando a acumulação e empobrecendo o trabalhador durante o processo de produção. Essa dinâmica, denominada *questão social*, abrange múltiplas desigualdades, como as disparidades de gênero, étnico-raciais e regionais, refletindo a contradição entre a produção social e a apropriação privada dos frutos do trabalho, que impactam de forma estrutural e visceral a luta pela cidadania (Iamamoto, 2018).

O conflito entre o capital e o trabalho, que se traduz na questão social desde a ascensão deste regime político, está diretamente relacionado com a exploração do trabalho no

capitalismo, a luta da classe operária na busca pelo acesso à riqueza produzida e a resistência à exploração de sua força de trabalho pelo capital (Santos & Carvalho, 2019). Como efeito dessa configuração, temos, de acordo com Martins (2020), a produção de um estado de constante preocupação, angústia, alienação e desamparo – o que nos leva à necessária discussão sobre a conformação dos processos de saúde-doença.

Exemplarmente, pensando sobre o crescente índice de suicídios desde a instauração do sistema vigente, Marx (2006, p. 24) postula que este “deve ser considerado um sintoma da organização deficiente de nossa sociedade; [...]”, não sendo uma questão isolada ou inerente aos sujeitos adoecidos, mas dependente da qualidade das condições de vida de cada indivíduo. A partir do desenvolvimento histórico do conceito de saúde e dos processos de adoecimento/sofrimento, pode-se resumir que este parte de concepções místicas, no passado, perpassando pelos moldes das Teorias Unicausal e Multicausal, para chegar, dentro de uma perspectiva marxista, na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença.

Para contextualizar brevemente esse percurso, trazemos aqui algumas diferenciações entre as referidas teorias. A partir de meados do século XIX, a Teoria da Unicausalidade da Doença ganhou força a partir da proposição de que, para toda enfermidade, haveria um agente etiológico responsável, tal como um vírus ou bactéria, por exemplo (Andrade, 2022). Contudo, na década de 1950 foram evidenciados os limites deste modelo explicativo, a partir do impasse para a compreensão de doenças mais complexas – como o câncer e os transtornos mentais. A Teoria Multicausal da Saúde-Doença, em contrapartida, passará, então, a estabelecer que as enfermidades são resultantes de uma cadeia de eventos associados, e não somente de um agente patológico (Andrade, 2022). Essa visão representou uma amplitude conceitual, adotada pela OMS, a partir do entendimento multifatorial ou biopsicossocial das formas de saúde e doença – que, contudo, se mantém na contemporaneidade com forte prevalência da esfera biológica sobre as demais constituintes.

Com o avanço da epidemiologia e dos movimentos no campo da saúde coletiva na década de 1970, chegamos à Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que coloca em evidência a determinação do modo de organização político-social desta dinâmica. Assim, Breilh (2011) postula que o processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social. Isso significa dizer, que o contexto em que vivemos – mais especificamente, o capitalismo tardio e acelerado – nos direciona para a construção de processos de adoecimento desenfreados. Em concordância, Laurell (1982, p. 3) nos diz que “a melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo

estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana.”

Em oposição ao modelo Multicausal, a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença busca a superação da compreensão fatorial e fragmentada da realidade, abarcando a totalidade da vida – seja das pessoas em sofrimento ou não – para além de um conjunto de sintomas, encerrados em si mesmos (Andrade, 2022). Adverte-se que, a visão biomédica, mesmo quando considera o ‘ambiente’, apresenta-o enquanto aspecto parcial e não determinantes das condições desenvolvidas no curso da produção e reprodução desses ‘sintomas’. Assim, como complementa Almeida (2018, p. 321),

(...) a psiquiatria nasce para cumprir o papel de responder de modo apenas fragmentado às necessidades dessa pessoa considerada doente. Sob a marca da doença, já abstraída da totalidade das relações humanas contraditórias que as produziu, sobressaem necessidades outras, imputadas à doença e, por consequência, à cura. Analogamente ao fetiche da mercadoria, é como se a doença ganhasse vida própria, sendo que esse fragmento abstraído da pessoa teria um “curso natural” e um prognóstico definido – a cronificação.

Com isso, podemos observar no modo de produção capitalista como os interesses das classes dominantes, que expressam suas necessidades como se estas fossem coletivas, acabam por condicionar conceitos como os de saúde e doença. A partir de uma lógica que relaciona tais conceitos com a capacidade ou não de trabalhar/gerar mais-valia e acumulação de capital, as condições de vida se tornam “importantes” para a manutenção do sistema vigente (Laurell, 1982). No entanto, nessa mesma perspectiva retira-se o caráter social da produção de processos adoecedores, centralizando suas causas no próprio indivíduo, enquanto um aparato meramente biológico.

Diferente disso, a determinação social aponta a natureza político-social que permeia essa dinâmica, que não pode ser compreendida isoladamente. Em conclusão, a teoria aqui assumida enquanto norteadora da pesquisa e análise, visa uma compreensão que considera as raízes e entrelaços dos processos constituintes de um estado de saúde, demonstrando a importância das relações sociais que organizam os modos de vida e também a sua vulnerabilidade a depender do contexto específico/particular de cada indivíduo. Para apreender estes entrelaços, vamos adentrar no campo da Psicologia e da Saúde Mental.

### 1.3. O percurso da loucura e a ascensão dos diagnósticos médico-psiquiátricos em saúde mental

Pensando em uma releitura dentro dos construtos marxianos da *história da loucura*<sup>6</sup>, o percurso pelo qual as perspectivas acerca do que pode ser considerado normal e patológico foram se modificando ao longo do tempo, a partir da reestruturação dos modos de produção do século XIX até a pós-modernidade. Como vimos ressaltando, a teoria social de Marx nos diz sobre a análise da história do desenvolvimento das forças de produção, em suas relações sociais e de classe que se constituem em cada período histórico, gerando a manutenção ou aniquilamento de uma dada forma de produzir a vida (Carvalho & Piza, 2016).

A partir da ascensão do capitalismo e o fim do sistema feudal, as relações que se desenlaçam extinguem qualquer outra lógica que não seja a da razão aplicada à produção – uma vez que as transformações na maneira de lidar com a vida, de ser e estar no mundo, passam a não permitir a ociosidade (Oliveira, 2009). Nesse contexto, qualquer forma de desvio, seja de comportamento, invalidez ou insanidade, torna-se um incômodo social, levando ao início de um processo permanente de exclusão. Anteriormente, a rejeição se dava por meios incomuns, tal como o retratado por Hieronymus Bosch (1450-1516) em sua obra *Nau dos Insensatos* – em que os desviantes da moralidade religiosa eram colocados em navios enviados a esmo.

Na Idade Moderna, essa estrutura de exclusão instaurou o período intitulado “a grande internação”, com a abertura do Hospital Geral de Paris (1656) e demais casas de internação/manicômios. Tal conjuntura passa a utilizar a exclusão enquanto recurso social para lidar com a loucura, consolidando as atribuições de periculosidade e improdutividade desta (Oliveira, 2009). O desvio e desrazão não poderiam estar às vistas dos demais cidadãos, pois representavam a oposição do comportamento que gera lucro à sociedade. Assim, a divergência destes indivíduos com os preceitos da estrutura social e de poder vigente deram forma à constituição do *fenômeno da loucura* enquanto *doença/alienação mental* – justificando seu processo de internação (Carvalho & Piza, 2016).

No entanto, de início, os hospitais gerais não se organizavam como instituições de saúde, mas como “depósitos” de ordenação da parcela da miséria, dos improdutivos, mendigos, ociosos, andarilhos, bandidos e prostitutas – sendo principalmente locais de punição para a ociosidade e compulsoriedade da atividade de trabalho. Philippe Pinel (1745-1827) é quem

---

<sup>6</sup> Aqui referenciamos a obra de Foucault (2010): “A história da loucura na idade clássica” – com a ressalva de que as contribuições do autor partem de uma orientação teórico metodológica idealista.

primeiro propõe a definição de *alienação mental* e estabelece o modelo médico assistencial pineliano, sustentado no tripé isolar/conhecer/tratar que colocava a centralidade do cuidado nos hospitais/manicômios/casas de campo. Assim, conforme Teixeira (2019, p. 555) explica, o médico alienista se torna a figura de saber, modelo e autoridade sobre as demandas dos pacientes, uma vez que

(...) Na concepção pineliana, os alienados poderiam ser reconduzidos à razão com o auxílio da própria instituição de tratamento. O ambiente em que vivia o alienado desempenhava um papel fundamental na sua recuperação (Bercherie, 1989, p. 41). O manicômio poderia afastá-lo das percepções habituais e da confusão da vida cotidiana, geradoras da doença, submetendo-o a uma disciplina severa e paternal, num mundo inteiramente regido pela lei médica. O manicômio, por si só, era um instrumento de cura.

Apoiada no Iluminismo, a ética da Psiquiatria moderna constitui seu direito sobre o corpo, sobre a vontade e sobre o comportamento do paciente psiquiátrico, com o respaldo da abordagem científica (Oliveira, 2009). A partir da apropriação da loucura enquanto campo de estudo e intervenção da Medicina, a Psiquiatria se desenvolve enquanto especialidade e instaura duas correntes de pensamento: a organicista, que compreende os “problemas” mentais por métodos físicos, químicos e biológicos, e a dinâmica, sob os constructos da psicanálise – porém, a primeira é a que se destaca nesse momento.

A psiquiatria organicista direciona os saberes médicos sobre a loucura sob influência de Emil Kraepelin (1856-1926), que estabelece o modelo nosológico e descritivo que perdura até os dias atuais, na lógica estruturante dos manuais de diagnósticos psiquiátricos que orientam a prática clínica da psiquiatria contemporânea (Oliveira, 2009). Assim, a loucura passa a ser estudada em seus mínimos detalhes, criando-se uma cartografia dos sintomas e comportamentos considerados desviantes, para sustentar o seu controle a partir de métodos “científicos” que buscavam combater a loucura através de procedimentos e medidas medicamentosas que viriam a seguir.

Em resposta alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID), postulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) foi criado em 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria. Na tentativa de normalizar e homogeneizar a classificação psiquiátrica, tem-se o desenvolvimento histórico de seis versões – I, II, III, III-R, IV e IV-TR – que transformaram-se rapidamente em uma espécie de bíblia psiquiátrica (Russo & Venâncio, 2006; Frances, 2017). Os autores afirmam que inicialmente o DSM contava com uma forte influência da psicanálise, compreendendo a doença

mental a partir de níveis de desorganização psicológica, sendo o DSM III considerado um marco de ascensão da psiquiatria biológica enquanto vertente dominante.

O sociólogo francês, Robert Castel (1977/1991), em sua obra *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, desnuda o reconhecimento do fenômeno da loucura enquanto questão social, questionando emergência da sintomatologia, o combate à desordem e a moralidade da produção da loucura. Nesse sentido, Carvalho e Piza (2016) apontam que os modelos asilares e assistencialistas se fazem enquanto resposta ao crescente pauperismo dos trabalhadores nos moldes da sociedade capitalista, na tentativa de naturalizar a loucura como um fato orgânico-médico. Aqui, temos “uma amálgama da loucura com a pobreza, com a miséria. A loucura como expressão da “questão social ou um de seus desdobramentos” (Costa, 2023, p. 49).

De acordo com Costa (2023), Marx aponta o caráter social da loucura, (assim como da pobreza, da criminalidade, do suicídio), em sua determinação social, demonstrando que ela não se produz num vazio histórico, mas é expressão de como os indivíduos se produzem na realidade concreta – ou seja, no modo de produção capitalista. Com a Reforma Psiquiátrica iniciada na Itália, por Franco Basaglia (1924-1980), tem-se a proposição do processo de desinstitucionalização da loucura e o questionamento da hegemonia dos saberes e discursos psiquiátricos. Em concordância às ideias de Marx e Castel, Basaglia acreditava que os hospícios serviam apenas para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção.

Desse modo, Basaglia questionou os diagnósticos clínicos, considerando que estes possuíam um caráter discriminatório, uma vez que os pacientes ricos e pobres recebiam cuidados desiguais (Batista, 2014). Nas palavras do autor, “o primeiro nunca é descontextualizado ou separado totalmente de sua realidade, enquanto os pobres já sofrem com a violência do sistema social que “os empurra para fora da produção, para a margem da vida associativa, até encerrá-los nos muros do hospital” (Basaglia, 2010, p. 91). Tem-se, naquele cenário, o confronto ao modelo hospitalocêntrico e a reivindicação da recuperação da cidadania das pessoas consideradas em sofrimento psíquico através de uma revisão jurídico-normativa.

Em resposta ao processo de luta dos reformistas, no dia 13 de maio de 1978 o Parlamento Italiano aprova a Lei 180 (conhecida como Lei Basaglia), que decretou o encerramento definitivo dos hospitais psiquiátricos do país – sendo este um marco para o sucesso e continuidade da reforma psiquiátrica na Itália e demais países. Apesar da prerrogativa transformadora das práticas em saúde, o modelo de conduta da Psiquiatria tradicional e

biologicista se manteve sob os constructos da Teoria Multicausal e da intervenção médica sobre as enfermidades.

Atualmente, o DSM se encontra em sua quinta versão, com cerca de 300 categorias diagnósticas, divididas em 3 eixos centrais (APA, 2014). De acordo com Araújo e Neto (2014), a ampliação dessas categorias – justificadas através de pesquisas neurocientíficas que não são referenciadas no corpo do texto – aumentam as chances de qualquer pessoa ser classificada através de uma análise pouco criteriosa das descrições apresentadas. Além disso, Andrade (2022) aponta que ao invés de buscar a compreensão etiológica das expressões de sofrimento, em seus distintos períodos da história social, a Psiquiatria Moderna se orienta através de descrições oriundas de observações e associações estatísticas – que apresenta limitações:

Descrever se relaciona com as atividades de ordenamento, exposição, classificação e de diagnóstico em si. A descrição faz parte do processo de explicação, mas não deve ser encerrada em si mesma: ela tem, sim, de ser subordinada à descoberta da origem, isto é, da essência do fenômeno (p. 112).

A ordem descritiva e biomédica, nesse sentido, evoca explicações genético-causais historicamente esvaziadas, respondendo apenas à ordem individual e não ao processo em sua complexidade. Baseada no positivismo, a ciência moderna tem se limitado à oferecer aos profissionais da saúde e à população em geral, descrições fenomênicas de uma entidade mórbida – cujos esforços concentram-se na identificação e categorização de sinais e sintomas, muitas vezes desconsiderando as dimensões sociais e interpsicológicas que constituem o sofrimento humano (Andrade, 2022). Para compreender a essência, é necessário ir além dessa estrutura de reprodução que tem sido perpetuada, voltando a olhar para a determinação social das expressões de sofrimento nomeadas enquanto ‘transtornos’.

A historicidade do campo da Saúde Mental, enquanto campo de estudo e práticas interventivas, demonstra de que maneira o modo de produção capitalista produz seus processos destrutivos, que geram significativas formas de adoecimento e sofrimento. Tais condições de vida, subjetivas e objetivas, produzem a loucura, porém “não qualquer loucura, mas a loucura no capitalismo e, em especial, à loucura da e na classe trabalhadora por ser classe trabalhadora” (Costa, 2023, p. 56). Com isso, questionamos: onde estão as crianças e adolescentes, com suas particularidades, nesse percurso?

A associação do “problema da infância” com a pobreza é de longa data, apesar de nunca ter havido uma proposta resolutiva viável para a distribuição de renda, educação e saúde. Ao invés disso, a história das políticas públicas, da legislação e assistência promoveram a manutenção das desigualdades sociais e das segregações de classe. Bem como postula Rizzini (2021, p. 16), as saídas sempre foram na direção do “recolhimento/isolamento em instituições fechadas e a educação/reeducação pelo e para o trabalho, com vistas à exploração da mão de obra qualificada, porém gratuita” – compreendendo que o sistema capitalista dificilmente almeja o crescimento em consonância com a repartição de renda e justiça social.

A autora acrescenta, ainda, que nas políticas brasileiras dirigidas à infância prevaleceu a necessidade de controle da população pobre, abrindo um abismo entre as infâncias privilegiadas e os “menores” marginalizados. Desse modo, surgem as medidas assistenciais que visam compensar a ausência de uma política social efetiva. Considerando que em qualquer momento histórico percebe-se a presença de crianças “desvalidas”: órfãs, abandonadas, negligenciadas, maltratadas e delinquentes, sendo que a responsabilidade de assisti-las tem sido a questão que acompanha os séculos, entre os setores públicos e privados da sociedade (Rizzini, 2021).

Com esses apontamentos em mente, iremos perpassar brevemente as mudanças das relações entre a infância e a sociedade, a Igreja e o Estado, destacando a conjuntura social de cada época e as concepções vigentes que determinavam lugares precisos para determinadas crianças e adolescentes, considerando que os vários significados atribuídos a eles têm relação direta com as condições de classe nos papéis desempenhados em seus contextos sócio-históricos (Kramer, 1982). Assim, falaremos brevemente do caminho traçado desde o Brasil Colônia à atualidade, considerando atores e eventos de grande relevância para o desenvolvimento do conceito infância e da maneira como eram compreendidas e assistidas – antes de se pensar em uma política pública de Saúde Mental Infantojuvenil.

### **2.1.1. Constituição de um país e seus ensaios de assistência à infância**

Pensando em uma linha cronológica, observamos que a infância primeiramente se torna destaque nas mãos dos Jesuítas, no período Colonial e Imperial, uma vez que a Igreja e o Estado andavam de mãos dadas. O processo de colonização brasileiro foi marcado pela implementação da catequização dos povos originários, tendo as crianças como principais protagonistas. A partir do desenvolvimento de um sistema educacional cristão, os jesuítas acreditavam na necessidade de disciplinar e evangelizar, introduzindo os costumes do casamento monogâmico,



### 1.2.1. A infância na história da loucura

Considerando tais apontamentos, percebemos que as crianças e adolescentes pouco são citadas ao longo da história da psiquiatria e dos temas correlatos à saúde mental. É fato que eles estavam sendo institucionalizados entre outras instituições, nos hospitais gerais e manicômios de suas épocas, quando pensamos nos períodos históricos supracitados, porém recebendo tratamentos junto aos adultos sem que fosse feita nenhuma distinção<sup>7</sup>. Desse modo, essas vidas também foram por muitos séculos isoladas de suas famílias, tidas como incapazes de se desenvolver ou, por vezes, indesejadas pelos seus responsáveis ou pelo próprio sistema governamental – seguindo a mesma lógica de produtividade, uma vez que uma criança inválida seria um adulto inválido no futuro.

As histórias dessas crianças só foram resgatadas posteriormente, quando fisiologistas, médicos e psiquiatras passaram a se interessar pela *idiotia*, hoje compreendida como deficiência intelectual. Foi também a partir do famoso caso de Victor de Aveyron<sup>8</sup>, considerado por Philippe Pinel (1745-1826) como um indivíduo “desprovido de recursos intelectuais por efeito de sua existência peculiar” e um “idiota essencial”, que se abriu espaço para pensar as chamadas psicopatologias infantis enquanto condições “reversíveis” (Banks-Leite & Galvão, 2000, p. 14). Diferentemente de Pinel, seu discípulo Jean-Marc-Gaspard Itard (1774-1838) acreditava que Victor aparentava uma deficiência por não ter sido socializado, decidindo realizar um tratamento médico-pedagógico de humanização.

Em sua obra “Mémoire sur les premiers développements de Victor de l’Aveyron”, Itard (1801) compartilha seus esforços ao longo dos cinco anos que realizou seu tratamento de reeducação e reintegração à sociedade junto de Victor, sendo o primeiro caso infantil publicado em detalhes no qual são abordados os seus sucessos e fracassos terapêuticos. Posteriormente, foi considerada uma das mais importantes de toda a história da psiquiatria, passando a ser objeto de interesse de vários representantes dessa área. Segundo Marfinati e Abraão (2014, p. 247), “(...) após o deslumbramento, no decênio de 1820, pela anatomopatologia, observa-se um crescimento de tentativas de tratamento para os idiotas e imbecis”.

---

<sup>7</sup> A partir de Ariès (1981), entende-se que o conceito de infância como conhecemos hoje também passou por um processo de desenvolvimento, sendo somente a partir do final do século XVII que as crianças e adolescentes passaram a ser entendidas como pessoas em desenvolvimento que chegariam à adultez e não como “mini adultos”. Contudo, esta tese vem sendo debatida e questionada considerando que Ariès se deteve à análise da infância burguesa e aristocrática da Europa Ocidental, entre os séculos XV e XVIII, logo, outros estudos (Kuhlmann Jr, 2005; Klein, 2012) vêm apontando perspectivas distintas às do autor.

<sup>8</sup> O “menino selvagem” ou “menino lobo” foi encontrado por caçadores no sul da França, aparentemente surdo e mudo e com comportamentos que não se assemelhavam aos dos indivíduos civilizados.

Evidencia-se, durante toda a segunda metade do século XIX, o surgimento de instituições para o tratamento de crianças idiotas com adoção sistemática do método médico-pedagógico. O ápice desta tendência foi representado pelo trabalho pioneiro do psicólogo e fisiologista Alfred Binet e do médico Théodore Simon, que desenvolveram, entre o final do século XIX e início do século XX, uma escala métrica com a finalidade de aferir quantitativamente os diferentes níveis de inteligência, culminando no desenvolvimento do conceito de idade mental, que foi largamente empregado durante todo o século XX (Abraão, 2020, p. 6).

Nesse sentido, durante todo o século XIX e no início do século XX, o campo teórico-prático que posteriormente se tornou conhecido como psiquiatria infantil estava fortemente concentrado no estudo da idiotia como a única forma de manifestação psicopatológica reconhecida na infância, bem como suas intervenções voltadas para o método médico-pedagógico. Mesmo após a publicação da primeira geração dos tratados de psiquiatria infantil, a limitação desses estudos se apresentava de acordo com Marfinati e Abraão (2014), ao considerar que “os transtornos da conduta infantil só interessavam aos psiquiatras quando pareciam conter um diagnóstico criado para os adultos”, uma vez que se procurava na criança sinais de predisposição para a *loucura* que viria na adultez.

Leo Kanner (1966), em seu compêndio de Psiquiatria Infantil, destaca o surgimento do interesse pela psicose na infância, que posteriormente abriria espaço para novas formulações em relação à classificação diagnóstica da psiquiatria infantil. Nessa toada, mesmo ainda subordinada às patologias do adulto, entre o final do século XIX e início do século XX, começa a prevalecer uma tentativa de aprimoramento nos critérios diagnósticos, com a inclusão dos estudos sobre psicose infantil e das demências precoces. Kanner havia publicado em 1943 um estudo descritivo de uma possível criança autista, defendendo que as crianças não funcionavam afetiva e psicologicamente como os adultos, promovendo uma importante ruptura ao demonstrar que elas poderiam ser acometidas por questões de ordem afetiva e não necessariamente intelectual. A partir daí, surgem novos interesses e pesquisas que acabaram por detalhar as condições psicopatológicas relacionadas à infância, trazendo novas perspectivas e nomeações para descrevê-las.

Segundo Abraão (2020), seguindo a perspectiva psicanalítica, a partir da década de 1930, sob influência da pediatria e psicanálise, a psiquiatria infantil começou a se desvincular da condição de reboque do modelo nosológico proposto para o adulto, constituindo finalmente uma identidade própria. No que se refere às contribuições dos conceitos advindos da psicanálise em relação à infância, Blikstein (2012) ressalta que a teoria elaborada por Sigmund Freud

(1853-1939) determina a infância como a época fundamental do desenvolvimento psíquico e, assim, propõe que traumas na infância podem resultar em doenças psíquicas no adulto – além de apregoar que a relação dos adultos com a criança poderia adoecê-la.

No entanto, no cenário da psiquiatria, até o início do século XX não havia na pediatria uma preocupação com a saúde mental infantojuvenil, uma vez que as intervenções eram voltadas apenas para sintomatologia e etiologia de doenças orgânicas, desconsiderando fatores psicológicos, ambientais e intelectuais na constituição destes quadros (Abraão, 2020). Alguns autores afirmaram que o novo direcionamento para a saúde mental deu-se principalmente após a conferência da Divisão de Educação Psiquiátrica do Comitê Nacional de Higiene Mental, em 1935, sendo a partir do movimento médico higienista que a infância, suas particularidades e manifestações de sofrimento psíquico começam a ganhar maior visibilidade.

Considerando que não pretendemos nos alongar sobre os acontecimentos relacionados à Europa e demais países, a contextualização do movimento higienista será apresentada no tópico a seguir, a partir de suas influências no cenário brasileiro. Ademais, cabe destacar que assim como a narrativa dos adultos, a historicidade evidencia o quanto a saúde mental infantojuvenil – enquanto campo de interesse – se modifica conforme o contexto histórico-social (Zaniani, 2021). É a partir dos modos como se reestruturam as relações sociais de produção que a história vai se constituindo, diretamente relacionada com a atividade intencional e geracional humana.

## Seção 2- Considerações sobre o desenvolvimento do campo da saúde mental infantojuvenil

*“Enquanto construção histórica, a infância não é algo homogêneo que escape às contradições sociais peculiares a uma sociedade de classes.”*  
(Boarini, 2012, p. 45).

Nesta seção pretendemos adentrar nos constructos históricos e atuais que envolvem a Saúde Mental Infantojuvenil, sem perder de vista os enlaces sociais e políticos que atravessam a temática. Primeiramente, vamos apresentar um breve apanhado histórico sobre o movimento higienista e a construção das políticas públicas no Brasil, para em seguida discorrer sobre o sofrimento psíquico na infância e adolescência enquanto produto do modo de produção capitalista, com suas implicações atuais.

### 2.1. Sobre o contexto histórico da infância e juventude no cenário brasileiro

Considerando a história social da infância no Brasil, pode-se dizer que seu movimento caminhou em direção à retirada gradual da *questão social* infantil das questões de Estado, corroborada pelas ações que emergiram no campo educacional e sanitarista, atreladas ao desenvolvimento econômico do país (Freitas, 2001). Na tentativa de traçar um panorama dessas modificações estruturais, apresentaremos aqui o lugar que as crianças e adolescentes ocuparam ao longo do percurso histórico nacional e as interpretações, intervenções e políticas que foram se estabelecendo.

No arcabouço da Psicologia, Psiquiatria e outras áreas do conhecimento, muitos autores apontam a inclusão tardia da infância na agenda de políticas públicas em Saúde Mental (Couto et al., 2008; Couto & Delgado, 2015; Taño & Matsukura, 2015; Braga & d'Oliveira, 2019). Já no campo social, jurídico e assistencial, notam-se nuances na concepção geral sobre a infância, seu papel na sociedade e seus direitos adquiridos – uma vez que as relações sociais com a família, a Igreja e o Estado, perpetuaram valores morais, religiosos e culturais que se modificaram ao longo do tempo. Em sua relação com o capitalismo, a infância *pobre* ganha destaque aos olhos da sociedade, considerando que a marginalidade ia contra os princípios da ética do trabalho e da esperada formação dos “homens de bem” que iriam contribuir para o desenvolvimento do país (Rizzini, 2021).

da confissão de pecados e do medo do inferno. Dessa maneira, a conversão infantojuvenil se tornou uma ferramenta para posterior influência sobre os adultos, que também estariam sujeitos à destituição dos seus costumes e experiências que se distinguiam dos espaços produtivos hegemônicos – prática que perdurou por pelo menos dois séculos (Luxemburgo, 1977).

Com a expulsão dos jesuítas e a proibição da escravização indígena a partir de 1755, a economia brasileira se voltou para os “colonos” ou “senhores de terras”, que visavam extrair riquezas naturais como ouro, madeira, café e cana-de-açúcar. Nesse momento, a mão-de-obra escrava africana foi amplamente utilizada, financiando a importação de pessoas que foram desumanizadas e vendidas como mercadoria. As crianças escravas morriam com facilidade, pela precariedade de suas condições de vida e de seus pais, para além do fato de que suas mães eram frequentemente alugadas como “amas-de-leite”, tendo de alimentar muitas crianças ao mesmo tempo. Aqui, o abandono infantil e o infanticídio, de escravos ou não, foi uma prática comum até meados do século XIX (Rizzini, 2021; Freitas, 2001; Oliveira & Canuto, 2019).

No entremeio desse percurso, desde a 1521 até o advento do século XX, houve a determinação de que caberia às Câmaras Municipais cuidar das crianças abandonadas, culminando na criação da Roda de Expostos – que nada mais eram que instituições onde bebês e crianças podiam ser deixados de forma anônima pelas mães que não tinham meios ou condições de cuidado, bastante associadas a igrejas, conventos ou instituições de caridade. Entre os “abandonados” com frequência se encontravam filhos ilegítimos, indesejados ou em situação de extrema pobreza, sujeitos às maiores taxas de mortalidade, tendo em vista a realidade da época e as condições precárias de higiene, alimentação e cuidados de forma geral.

Até o século XIX a ocorrência de altos índices de mortalidade infantil não representava um problema social com necessidade de ação do Estado (Blikstein, 2012). Nesse sentido, não havia nenhuma política de intervenção e as mortes das crianças eram naturalizadas, não exigindo também nenhuma prática por parte das famílias, além da resignação. Segundo a autora, havia nesta mesma época uma produção de discursos sobre a normalidade da morte, reforçada principalmente pela Igreja – que colocava as crianças enquanto equivalentes aos anjos, “puras e inocentes”, facilitando a aceitação destas quando chegavam ao “reino dos céus”. Mesmo em diferentes níveis, a infância se encontrava em desvalia e tinha pouco interesse tanto político quanto social durante esse período.

Com a chegada da Corte Portuguesa, mudanças socioeconômicas começam a se instaurar no Brasil, tais como: o interesse em adaptar a cidade do Rio de Janeiro aos hábitos civilizados da recém-chegada população europeia; o início da República; a abolição da escravatura; e a busca de ascensão do Brasil ao patamar de grande potência por meio de sua

modernização, surgem novas perspectivas para a sociedade. Sob o novo cenário industrial, em que a manutenção da mão de obra tornou-se interesse do Estado, é que a infância se torna objeto de intervenção pública e se constrói a ideia de infância como futuro da nação (Oliveira & Canuto, 2019).

Em 1896, o senador da República Lopes Trovão é quem primeiro denuncia a negligência em relação à infância, permeada pela mendicância, prostituição, trabalho forçado e criminalidade, apontando o Estado como responsável pelos cuidados protetivos e corretivos com os menores. É importante ressaltar que até então não havia regulamentação em relação ao trabalho infantil, bem como o Código Penal de 1890 não fazia distinção entre adultos e crianças, sendo possível o julgamento e a condenação de jovens infratores a partir dos 9 anos de idade. Com o crescimento econômico do país, a infância desvalida se torna cada vez mais marginalizada, sendo rotineiro “(...) encontrar crianças dormindo nas ruas, praticando mendicância, fumando, bebendo, envolvendo-se em jogatinas, prostituindo-se, sendo exploradas por adultos e, não raro, pelos próprios pais.” (Zaniani & Boarini, 2011, p. 274).

Ao considerar que a nova ordem burguesa não conversava com as condições negligenciadas que se encontrava a população, principalmente em relação aos cuidados com a saúde, a corrente *médico-higiênica* firmou-se nesse momento com o intuito de apoiar a construção dessa nova sociedade. Segundo Zaniani (2008), os adeptos do movimento higienista acreditavam que para o país transpor o atraso econômico e as adversidades sociais, seria necessária uma reestruturação substancial de suas práticas, tradições e códigos de valores. Com esse propósito, promoviam campanhas com vistas a mitigar a mortalidade infantil, combater os fatores de degeneração de raça atribuídos a certas doenças e vícios, bem como empreendiam esforços de repressão à criminalidade e outras manifestações desviantes de comportamento.

Assim, tornou-se oportuna a emergência de novos conceitos relativos à infância, que passa a ser considerada como uma etapa biológico-moral de desenvolvimento, anterior à vida adulta. A noção de infância que orientou a intervenção da medicina higienista, de acordo com Oliveira e Canuto (2019), compreendia quatro aspectos principais: 1) a criança enquanto melhor “alvo” para a prevenção de males sociais, pois estariam “abertas” às impressões do mundo, sendo mais fácil moldá-las e controlá-las; 2) o destaque nos caracteres hereditários da criança, apoiada numa lógica eugenista de que existe uma raça pura, sendo os indivíduos comprometidos geneticamente impedidos de “melhorar” mesmo com a melhor educação física, intelectual e moral.

Em terceiro lugar 3) à reformulação e reforçamento da estrutura patriarcal na dinâmica familiar, em que às mulheres caberia a educação moral, intelectual e física das crianças,

enquanto aos homens a função de prover a casa; e por último, 4) os médicos higienistas passam a valorizar o papel da mulher enquanto mãe, ressaltando a importância da amamentação e colocando o abandono de seus filhos como uma posição de frieza e desvirtuamento. Aqui é possível observar os atravessamentos de gênero que também permeavam o discurso higienista, uma vez que as mulheres passaram a ser intimamente vinculadas à imagem das crianças.

Quanto mais as crianças se instituem como um problema econômico e político, alvo de inquietações de ações médicas, morais e pedagógicas, mais o Estado começa a se posicionar em relação à tutela da infância. Desse movimento bifurca-se, especialmente, o desenvolvimento do aparato jurídico infantojuvenil e a formação de políticas públicas sociais voltadas para esse público; e, aqui, a Assistência Social se estabelece enquanto recurso do Estado para enfrentar suas demandas, que envolviam problemas sociais, políticos e econômicos provenientes da inserção do trabalho livre na sociedade capitalista (Oliveira & Canuto, 2019; Cunha & Boarini, 2010).

No campo jurídico, pode-se dizer que a marginalidade foi o principal alvo de “regularização” da situação em que se encontravam as crianças e adolescentes, uma vez que buscava-se prevenir que a infância em perigo se transformasse em uma infância perigosa a partir de uma premissa de controle social (Rizzini, 2021). O Código de Menores de 1927, nesse sentido, foi a primeira lei do Brasil dedicada à proteção da infância e da adolescência, estabelecendo a inimputabilidade de jovens com idade inferior a 18 anos. No lugar de condenações, começava uma organização de medidas hoje denominadas socioeducativas. Na época, era nos chamados reformatórios que crianças e adolescentes das classes menos favorecidas recebiam educação moral e aprenderiam o sentimento de “amor pelo trabalho” (Guedes & Scarcelli, 2014).

A precedente criação da Constituição de 1988 e do ECA se constituíram para reafirmar a doutrina da proteção integral à infância, considerando a criança como um sujeito de direitos. Ao passo que o Código de Menores de 1927, e seu sucessor, de 1979, dirigiam-se apenas aos considerados em situação irregular (por abandono ou por delinquência), visando a criação e implementação de leis para captura e punição principalmente dos que entravam em conflito com a lei, o ECA, por sua vez, veio para abarcar todas as crianças e adolescentes, independentemente da classe social. Outra mudança estrutural, é o fato de que o ECA ressalta a condição peculiar de desenvolvimento e a prioridade absoluta, colocando como responsabilidade da família, sociedade e Estado garantir as condições para o pleno desenvolvimento dessa população, além de colocá-la a salvo de toda forma de discriminação, exploração e violência (Brasil, 1990).

### 2.1.2. Movimento de Higiene Mental e a Institucionalização de crianças e adolescentes

Antes de dar continuidade ao movimento de constituição das políticas públicas em Saúde Mental Infantojuvenil que se desenlaçam de modo mais concreto no século XXI, consideramos importante retomar o papel dos higienistas no desenvolvimento de uma medicina que se preocupava não mais apenas com a higiene dos corpos, mas agora com a *Higiene Mental*. Entre o final do século XIX e início do século XX, houve uma tentativa de explicação dos comportamentos, desvios e doenças dos indivíduos, instaurando um processo de limpeza sanitária nas cidades por meio da internação, principalmente de pessoas acometidas por doenças físicas, mas também de pessoas que apresentavam males sociais e psíquicos. Aqui, contudo, buscaremos traçar esse percurso da medicina enquanto assistência, que nos levará aos meandros da formação da Psiquiatria e Psicologia.

Arthur Moncorvo Filho (1871-1944) é apontado como o pioneiro nas práticas higienistas e assistenciais em relação à proteção da infância, acreditando que intervenções precoces poderiam favorecer a formação das crianças e moldar seu caráter, além de diminuir a elevada taxa de mortalidade que prevalecia. Fundou, em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância – IPAI no Rio de Janeiro, para além da Sociedade Científica Protetora da Infância; o periódico "Archivos de Proteção à Infância", o Departamento da Criança no Brasil; e o Museu da Infância. Também organizou o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, ocorrido no Rio de Janeiro em 1922, e publicado três importantes livros, que se tornaram referência para a área da infância: *Hygiene Infantil* (1917), *Formulário de Doenças das Crianças* (1918) e *Histórico da Protecção à Infância no Brasil* (1926). Esse cenário desencadeou, na década de 1920, a criação de inúmeras ligas, associações e entidades assistenciais (Zaniani & Boarini, 2011).

Em 1923, têm-se o surgimento da Liga Brasileira de Higiene Mental - LBHM, entidade civil fundada pelo médico Gustavo Riedel (1887-1934) e formada, majoritariamente, por médicos, educadores, juristas, literatos, autodenominados higienistas. Zaniani (2008) afirma que a Liga procurava disseminar à população suas ideias, orientada pelos princípios da higiene, servindo-se de folhetos de propaganda, cursos e palestras e, sobretudo, utilizando o periódico 'Archivos Brasileiros de Hygiene Mental – ABHM' (1925-1947). A autora destaca que nesse periódico, de modo geral, os textos publicados eram de autoria dos seus integrantes, de profissionais da medicina e áreas afins, e dentre as várias sessões de estudo da Liga, uma se



dedicava especificamente à infância: a “Seção de Puericultura e Higiene Infantil”, da qual Moncorvo Filho era vice-presidente.

A higiene mental que se propôs a preferir sobre todas as coisas, os interesses da humanidade, deu agora o seu verdadeiro primeiro passo para a organização política do mundo, como o determinaram os problemas impostos pelo estado social de hoje. (...) Higienistas, eugenistas, educadores e psiquiatras preocupados com *a obra da mentalidade dos continentes*, irão realizar todos através das Ligas de Higiene Mental, *a mais bela obra de profilaxia, procurando conservar ao homem suas qualidades superiores de espírito e de coração*. (Riedel, 1930, p.197, grifos nossos).

Nesse sentido, o conceito de higiene mental incluía diversas nuances que envolviam ações voltadas à busca de um ideal de homem, pautado em princípios sobre condutas e procedimentos que, segundo os higienistas, levariam a um nível de desenvolvimento a ser alcançado (Borges, 2020). Ainda, cabe ressaltar a relação intrínseca entre a higiene e a eugenia, que mesmo não sendo um pensamento hegemônico no interior da LBHM, representava os ideais de muitos de seus membros – a partir da concepção de “melhoria da espécie” através da genética e “boa procriação”.

Considerando a premissa de que a mente e a moralidade poderiam ser higienizadas pelas mesmas vias que os corpos, os higienistas focalizaram suas práticas no indivíduo, estabelecendo condutas e proferindo ensinamentos, principalmente sobre o cuidado com a infância (Ziani & Boarini, 2011). Para a promoção da higiene mental, contudo, a Psicologia passa a ser requisitada para avaliar as atividades mentais através da psicometria e observação clínica, uma vez que, a partir de novas compreensões sobre os conceitos de *normalidade* e *desvio*, começava a se constituir enquanto campo de atuação sobre a infância.

Freire Figueira e Boarini (2014) ressaltam a relação que se estabelece, nesse contexto, entre a Liga Brasileira de Higiene Mental e o início da história da Psicologia no Brasil – mesmo que totalmente voltada aos ideais higienistas em sua ascendência. Nas primeiras décadas do século XX, os saberes psicológicos emergentes se tornaram cada vez mais solicitados, com o intuito de construir “(...) uma *nova nação*, [o qual] demandava a formação de um *homem novo*, apto para as exigências de um *novo modelo produtivo e de novas relações de trabalho*, tarefa essa que deveria ser empreendida pela educação” (Antunes, 2003, p. 151, grifos da autora).

Para alcançar tais objetivos, as instituições escolares começam a desempenhar um papel de disciplinarização em torno das medidas de higienização, uma vez que o saber médico passa a intervir, inclusive, sobre os problemas de aprendizagem, os quais são associados a aspectos orgânicos (Boarini & Yamamoto, 2004). Os higienistas acreditavam, principalmente, que seria

“a elite intelectual a causa do progresso, que sem ela ainda se conservaria nos primórdios da civilização”, valorizando o espaço escolar, o professor e os saberes psicológicos para realização da “profilaxia e higiene mental” almejada (Farani, 1925, p. 39).

Medir a aptidão do homem para melhor adaptá-lo ao meio e inculcar-lhe hábitos sadios gerariam uma conduta moral mais adequada e mais eficaz no tocante à ordem social, e esse era um desafio para o Brasil, que debutava na era industrial. Vale recordar que a psicomетria chegava ao Brasil já com notoriedade internacional e não tardaria a ganhar celebridade entre os médicos higienistas, que acreditavam estar, desta forma, de posse de um instrumental científico e confiável (Boarini, 2012, p. 37).

Nesse caminho, foram traduzidos, padronizados e validados pelos higienistas diversos testes que mensuravam a capacidade intelectual – em especial o Binet-Terman. Posteriormente à publicação destes estudos no periódico da LBHM, o já mencionado ABHM, é inaugurada em 1931 a Clínica de Eufrenia, clínica psicológica que tinha por objetivo o atendimento de crianças, visando a preservação da higiene mental. Para isso, seria realizado um trabalho médico-pedagógico para aperfeiçoamento do psiquismo no desenvolvimento inicial infantil, que ia além de um serviço corretivo ou de reajustamento, tendo intenções construtivas (Caldas, 1932). Por falta de financiamento, no entanto, a clínica não se desenvolveu como no plano inicial.

No entremeio da ascensão higienista, contudo, a Psicologia é introduzida a partir dos membros da LBHM, tendo as crianças em idade escolar enquanto foco interventivo. Seus principais nomes foram: Plínio Olinto, professor de Psicologia na Escola Normal, responsável pelo Serviço de Psicologia, do qual farão parte Maria Brasília Leme Lopes e Idalina de Abreu Fialho; Ulisses Pernambucano, representante da Liga em Pernambuco; Manoel Bomfim, professor Catedrático de Psicologia na Escola Normal, que se encontra na Seção de Deficiência Mental; Maurício de Medeiros professor de Psicologia da Escola Normal, está na Seção de Medicina Legal, Indigência e Vadiagem (Archivos Brasileiros de Higiene Mental, 1925).

Segundo Fontenelle (1925, p. 02), “(...) para a imensa maioria destes estudiosos, a infância era o período mais propício e a Psicologia o conhecimento que forneceria os meios para a detecção e prevenção de desajustes”. A partir desta perspectiva nacionalista de prosperidade e cultivo à futura força de trabalho, a Psicologia começa a ganhar cada vez mais importância no cenário educacional, fazendo com que, nos anos seguintes, os já mencionados membros da Liga empreendessem esforços para construir e divulgar saberes psicológicos rumo à sua autonomização enquanto profissão no início do século XX.

Nesse mesmo cenário, as instituições asilares já haviam se tornado espaços de recolhimento das crianças desvalidas ou que fugiam da ordem social, uma vez que as *doenças mentais* começaram a se tornar uma preocupação deste momento em diante. Com a criação do primeiro Hospital Psiquiátrico Nacional em 1852, o Hospício D. Pedro II, posteriormente chamado de Hospital Nacional dos Alienados – HNA, tem-se o início de um longo processo de institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico. Assim como a situação do Hospital Bicêtre de Paris, as crianças do HNA se encontravam misturadas com os adultos, recebendo tratamentos indiferenciados, até o estabelecimento do Pavilhão-Escola Bourneville enquanto resposta às reivindicações da assistência infantojuvenil (Silva, 2009).

Construído em anexo ao NHA, o Pavilhão teve por objetivo a educação médico-pedagógica pautada nos estudos de Séguin, Itard e Bourneville para o atendimento da *criança anormal*<sup>9</sup>, principalmente no que diz respeito à educação especial – uma vez que os diagnósticos mais recorrentes eram os de idiotia, paralisia, epilepsia, imbecilidade e os quadros de degeneração. Segundo Lobo (2008), o Pavilhão começou com uma população de 21 crianças e em dois anos já se encontrava em superlotação, fazendo com que fosse necessária a abertura de mais duas alas psiquiátricas, em 1908 e 1910.

Ao longo dos anos, outras instituições anteriormente filantrópicas passam a ser regulamentadas pelo Estado a partir do decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que determinava o recolhimento de indivíduos que comprometessem a ordem pública ou segurança das pessoas por expressassem qualquer “moléstia mental”, congênita ou adquirida. A partir desse momento o número de instituições destinadas a crianças anormais teve um aumento significativo, uma vez que “(...) instalada a caçada aos anormais, a população infantil do hospício só tenderia a aumentar”. (Lobo, 2008. p. 408).

Aqui, é importante ressaltar a criação do Hospital de Barbacena em 1903, também conhecido como Colônia, que apesar de ser uma instituição destinada à adultos conta com registros de um grande número de crianças. No entanto, em Barbacena as condições de reabilitação eram cruéis/inexistentes. Na década de 1970, o hospital apresentava uma superlotação com aproximadamente 5 mil internos, em condições equiparadas a um campo de concentração, tal como explicita Franco Basaglia após sua visita ao Brasil em 1979. O jornalista Hiram Firmino, após pesquisar e visitar o Colônia, descreve o local do seguinte modo:

---

<sup>9</sup> Os médicos higienistas brasileiros utilizavam o termo para designar as mais diversas classificações das crianças: idiotas, imbecis, surdas, mudas, cegas, epiléticas, histéricas, paralíticas, indisciplinadas, desequilibradas, viciadas e abandonadas (Lobo, 2008).

Crianças pelo chão, entre moscas. Nenhum brinquedo, um psiquiatra qualquer. Pessoas aleijadas, arrastando-se pelo chão, feito bicho. Agrupadas para não serem pisoteadas, na hora da comida. Esperando a maca, a liberdade somente possível através da morte. (...) Um asilo medieval, de pedra e barras de ferro. Úmido, frio e indesejável (...). Seres humanos rotulados de loucos. Loucos que sabem seus nomes, endereços e sentimentos. Gente que implora socorro, dizem-se Deus, para comover quem acredita n'Ele. Vivendo, agora, mais uma vez, a esperança oficial. A esperança de serem ouvidos pelas autoridades. Pelo governo, em seu desespero (Firmino, 1982, Capítulo VII, para. 1).

Outras instituições espalhadas pelo Brasil também apresentavam tais condições – como por exemplo a Clínica do Repouso das Cegonhas, o que resultou em uma série de denúncias sobre as instituições asilares de exclusão (Blikstein, 2012). A partir do depoimento de Basaglia e da organização do Movimento Antimanicomial no Brasil, diversos profissionais da saúde começaram a se organizar em prol da substituição do modelo asilar. Em 1989, após Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde e Saúde Mental, tem-se o projeto de lei para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirado no modelo italiano, que, no entanto, foi aprovado apenas doze anos depois, em 2001<sup>10</sup>.

Até aqui, pode-se observar que a história da saúde mental infantojuvenil esteve altamente vinculada com a Medicina, o Movimento Higienista, a Educação, a ascensão da Psicologia e as políticas de Assistência Social, associada à absorção de uma outra noção sobre a infância. De acordo com Couto e Delgado (2015), o processo anterior à constituição de 1988 apresentou uma conformação mais tutelar, disciplinar e amparada na institucionalização, que orientou as primeiras oito décadas da República; e outra, radicalmente diversa, baseada no princípio da proteção, na premissa da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e amparada na proposta do cuidado em liberdade – durante/após a Reforma Psiquiátrica.

O contexto republicano colocou em pauta as vidas das crianças e adolescentes desvalidas e negligenciadas, acreditando na construção de uma nova nação a partir das mudanças com o cuidado físico, intelectual e mental infantojuvenil. No entanto, faz-se importante ressaltar o interesse que estava intrínseco a esses ideais, enquanto tentativa de construção de uma força de trabalho sadia para os moldes industriais que o capital almeja. A história que segue aos fatos apresentados carrega tais preceitos e iniciativas, mas também coloca em evidência novos olhares – desta vez mais críticos, sobre a construção do cuidado em

---

<sup>10</sup> Lei 10.216/2001, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001).

saúde mental infantojuvenil, principalmente com a criação do Sistema Único de Saúde<sup>11</sup> – SUS e suas precedentes políticas públicas.

### **2.1.3. A construção das políticas públicas em Saúde Mental no Brasil**

A partir do cenário aqui desenhado, principalmente no que se refere ao período que envolve a redemocratização do Brasil e a atualidade<sup>12</sup>, pode-se concluir que a agenda de políticas públicas é recente e a inclusão das crianças e adolescentes tardia (Couto et al., 2008; Couto & Delgado, 2015; Taño & Matsukura, 2015; Braga & d'Oliveira, 2019). Com o ECA e o processo de desinstitucionalização da Saúde Mental a partir da Reforma Psiquiátrica, tem-se a criação do SUS, fazendo com que os caminhos para o desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) no Brasil venham à tona no início do século XXI (Couto & Delgado, 2015).

A criação de um Sistema Único de Saúde, em 1990, surge da ideia de estabelecer o acesso à saúde de forma gratuita e sem discriminação, sendo um direito de todos os brasileiros que visa tanto a prevenção quanto a promoção da saúde<sup>13</sup> (Ministério da Saúde, 2023a). Tendo como princípios a universalização, a equidade e a integralidade, o SUS se organiza a partir da regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, e participação popular. Além disso, é considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde a Atenção Primária, Média e Alta Complexidades, os serviços Urgência e Emergência, a Atenção Hospitalar, até as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (Ministério da Saúde, 2023a).

Em 2001, é promulgada a Lei da Saúde Mental, Lei 10.216, que substitui o modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção que considera a liberdade e o acesso à cidadania a seus usuários, alinhado aos princípios doutrinários SUS; e realizada a III Conferência Nacional em Saúde Mental, trazendo condições concretas para que a SMCA como política pública se tornasse visível (Brasil, 2001). A partir desse momento, foram estabelecidas diretrizes ético-políticas para dar sustentabilidade a uma rede de atendimento psicossocial para crianças e adolescentes no sistema de saúde mental do SUS, através de um conjunto de recomendações

---

<sup>11</sup> Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 2001b).

<sup>12</sup> Com o termo atualidade queremos nos referir ao período posterior à criação do SUS, em 2001.

<sup>13</sup> Essa premissa parte da Constituição Federal de 1988 (CF-88), que consta: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. No período anterior à CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas (Ministério da Saúde, 2023a).

posteriormente aprovado na íntegra pela plenária final da III CNSM (Brasil, 2001). De acordo com Couto e Delgado (2015, p. 32) destacaram-se como concepções fundamentais: “a noção de criança e adolescente como sujeito psíquico e de direitos, a base comunitária da atenção, o desenvolvimento do cuidado através do trabalho em rede e no território e o fundamento intersetorial da política e das ações de cuidado”.

Com essa premissa, em fevereiro de 2002 é publicada a Portaria 336/2002, que predispõe sobre a criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, os CAPSi, atrelados à Rede de Atenção Psicossocial do SUS – RAPS (Ministério da Saúde, 2002). Segundo a portaria, a assistência prestada ao paciente no CAPSi inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias com foco na integração da criança e do adolescente com a família, a escola, a comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; e desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça.

Pode-se considerar que os CAPSi compõem a primeira ação do Estado em relação à atenção a Saúde Mental da Criança e do Adolescente, preenchendo uma lacuna na assistência à população infantojuvenil com sofrimento psíquico grave, severo e persistente (Braga & d'Oliveira, 2019). Leitão et al. (2020) destacam que a abertura do primeiro CAPSi deu-se apenas dezesseis anos depois da abertura do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (adulto), inaugurado na cidade de São Paulo no final de 1986. Assim, vê-se que o CAPS não apenas surge antes do SUS, como foi, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, o serviço estratégico que impulsionou a Reforma Psiquiátrica Brasileira – principalmente por evidenciar a possibilidade de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (Ministério da Saúde, 2005).

Na sequência, outros marcos temporais que podemos citar são: a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil em 2004<sup>14</sup>, que colocou em pauta a urgência da desinstitucionalização da infância e adolescência; e a realização do IV Congresso de Saúde Mental, em 2010, que reafirma o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil como dispositivo estratégico da política pública. De acordo com os dados fornecidos pelo Ministério

---

<sup>14</sup> O Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil era uma instância deliberativa, que realizou reuniões nos anos de 2004, 2005, 2006, 2008 e 2012 e produziu uma série de recomendações para a construção da política de saúde mental de crianças e adolescentes (Brasil, 2014).

da Saúde no documento *Saúde Mental em Dados 12*, de 2002 a 2014 houve uma ampliação de serviços destinados ao público infantojuvenil, mesmo que ainda não distribuídos igualitariamente entre as regiões do Brasil. Ao final de 2002, 24 CAPSi já estavam em funcionamento; aproximadamente 190 no final do ano de 2014; e, atualmente, existem 283 CAPSi indicados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, ocupando 25 dos 26 estados brasileiros (Ministério da Saúde, 2023b).

Entretanto, isto não significa dizer que as internações psiquiátricas, de adultos e crianças, foram cessadas, uma vez que hospitais psiquiátricos permanecem em funcionamento. Na discussão realizada no I Fórum, produziu-se o documento intitulado *Diretrizes para o Processo de Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes em Território Nacional*. Nele, foi ressaltada a existência de aproximadamente 19.400 crianças e adolescentes institucionalizados em abrigos, incluindo os abrigos para portadores de deficiência, e 11.000 adolescentes cumprindo medida socioeducativa em regime de internação no Brasil. O documento apontava ainda que, até o ano de 2005, crianças e adolescentes ainda se encontravam internados em instituições psiquiátricas voltadas para a população adulta.

Entre os anos de 2005 a 2011, o Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISM) Philippe Pinel, de São Paulo, contou com mais de 611 internações de crianças e adolescentes. Blikstein (2012), ao realizar a análise de 451 casos acompanhados pela instituição nesse período, demonstra as incongruências e desafios que permeiam as internações infantis, carregadas de estigmas sociais e escassez de serviços públicos de base, que evitariam tal situação. Mesmo compreendendo a orientação da Lei nº 10.216, de 2001, que dispõe a internação apenas quando esgotados todos os recursos extra-hospitalares, a situação muitas vezes se inverte, uma vez que o tratamento não se inicia pela rede básica, inserida na comunidade, mas pelo fim e por aquilo que deveria ser uma exceção (a internação psiquiátrica).

Além disso, a autora evidencia que 45% dos encaminhamentos chegavam a partir de ordens judiciais, não passando pelo crivo da rede comunitária ou dos CAPSi, mas chegando diretamente a partir de demandas familiares ou serviços de emergência. O fato de que a maior parte das crianças e adolescentes eram de famílias pobres e apresentavam um suposto “transtorno de comportamento”, sendo o transtorno de conduta o diagnóstico de 75% dos casos. Blikstein (2012, p. 82) aponta que a patologização das crianças em situação de vulnerabilidade social demonstra a precariedade da rede de atenção e cuidado, e também “(...) a insuficiente articulação entre as políticas públicas nos campos da educação, saúde, habitação e lazer”. Consequentemente, os episódios de descontrole e agressividade, que supostamente

justificam os diagnósticos, eram inseridos sem uma análise prévia sobre a história e contexto de vida dos pacientes.

A conclusão a que a autora chega é a de que ainda persiste uma necessidade de ampliação dos serviços comunitários de saúde mental, como previsto na legislação, para que ocorra uma redução dos números de internações. Não apenas no CAISM, mas em diversos hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento, pode-se observar essa mesma lógica, que coloca a criança e o adolescente em um contexto de confinamento. Com a internação compulsória, segundo Blikstein (2012), cria-se um ciclo de resposta única a todas as situações, principalmente ao desconsiderar as diferenças e singularidades das infâncias e de seus contextos, reduzindo as crianças e adolescentes ao status de paciente psiquiátrico perigoso e produzindo a cronificação dos pacientes. Sobre isso, Eliane Brum, colunista no jornal *El País*, complementa que:

O desafio exposto pela pesquisa é também o de completar a reforma psiquiátrica no Brasil. Crianças e adolescentes, segundo a legislação, devem ser tratados dentro da comunidade, junto à família, sem afastamento da escola. A doença, se de fato existe, deve ser compreendida como uma das várias características – e não como a verdade única sobre aquela criança e adolescente. Mesmo a internação, se for necessária, deve ser entendida como uma parte da história – e não como a história inteira. A internação é um momento, não um destino (Brum, 2014, para. 43).

O principal objetivo de equipamentos como os CAPSi, nesse sentido, é o de fornecer acolhimento e intervenções interprofissionais que não mirem na internação compulsória, mas na tentativa de promover qualidade de vida sem retirar as crianças e adolescentes da comunidade. A lógica hospitalocêntrica, em que o médico, o hospital e o confinamento são colocados em evidência enquanto única possibilidade de cuidado, é um resquício histórico a ser superado. E ainda, cada vez mais, o investimento na organização de sistemas de saúde e políticas públicas de saúde mental se mostra necessário, ao considerar que no Brasil, com uma população de 60 milhões de habitantes menores de 19 anos de idade, conforme projeção do IBGE para 2020, cerca de 8 milhões de crianças e adolescentes apresentam ao menos um transtorno mental diagnosticável – uma prevalência de 13%.

Contudo, para além do investimento e do reconhecimento da importância da superação do modelo manicomial enquanto medida de cuidado, questiona-se o potencial emancipatório das políticas públicas, especialmente no contexto brasileiro. Lacerda Jr (2015) argumenta que, embora as políticas públicas possam mitigar certas desigualdades e oferecer acesso a direitos básicos, elas frequentemente operam dentro dos limites impostos pelo sistema capitalista e pelo



Estado burguês. Desse modo, tais políticas tendem a reproduzir as relações de poder existentes ou buscam compensá-las, ao invés de transformá-las profundamente – discurso que será melhor desenvolvido nas seções de análise.

A partir desses apontamentos, a seguir será apresentado um panorama do campo da Saúde Mental Infantojuvenil na atualidade, bem como tem se desdobrado os processos de sofrimento das crianças e adolescentes.

## **2.2. O campo da Saúde Mental Infantojuvenil na atualidade**

Aqui pretendemos trabalhar, a partir do que vem sendo apresentado como demanda para cuidados em saúde mental, como as condições reais de existência e as relações desiguais e destrutivas que vimos se estabelecendo, não poupa a infância, tampouco adolescência – especialmente na realidade sócio-histórica brasileira. Precisamos considerar, a partir da materialidade da vida, como vão se forjando diferentes modos de experienciar o sofrimento, inclusive aquele nomeado como “psíquico”. Nesse sentido, pensar sobre a Saúde Mental na infância e adolescência não se mostra uma tarefa fácil.

O processo saúde-doença e o sofrimento psíquico infantojuvenil – entendidos a partir das práticas e exigências sociais de uma sociedade de classes, também nos remetem à vulnerabilidades, experiências opressivas, desigualdades sociais, de gênero e de raça, além de incessantes expectativas e padrões socialmente produzidos para serem vendidos e reproduzidos. Em uma leitura materialista histórica, crianças e adolescentes devem ser entendidos como sujeitos concretos, localizados em uma realidade mais ampla, e por isso acabam marcados pelas contradições que produzem os modos de vida.

Crianças e adolescentes – sujeitos – expressam em suas formas de agir, pensar e sentir a totalidade social. A categoria totalidade articula dialeticamente o singular e o plural e nos confirma que não é possível pesquisarmos nenhum fenômeno isoladamente. Cada indivíduo-singular (e qualquer fenômeno humano e social) poderá ser compreendido em suas múltiplas determinações quanto mais compreendermos as mediações particulares com a universalidade (Zaniani, 2021, pp. 96-97).

Em contrapartida, as concepções sobre infância, adolescência e saúde mental, segundo a autora, se mostram ainda muito naturalizadas e voltadas para os estudos biomédicos e epidemiológicos. Isso resulta em uma compreensão da saúde mental enquanto sinônimo de adaptação social, fazendo com que as práticas de cuidado e até mesmo as buscas por especialistas se voltem para uma ideia de “conserto” das demandas apresentadas. Para Zaniani

(2021, p. 102), “(...) essas promessas de solução remetem a uma leitura naturalizada do processo saúde-doença, como se este se resumisse a sua dimensão biológica e orgânica e nada tivesse a ver com a existência-sofrimento do sujeito e suas relações sociais”.

Desde o entendimento de que as crianças e adolescentes também podem estar em sofrimento psíquico, tal lógica prevaleceu nos campos da Psiquiatria e Psicologia – assim como apresentado nos primeiros tópicos desta seção. Existe, de longa data, um viés biologicista legitimado pelos manuais diagnósticos que ampliam e generalizam sintomas, desconsiderando o contexto, os processos subjetivos e os fatores psicossociais envolvidos na experiência do sofrimento psíquico (Zaniani, 2021). No entanto, entendemos aqui que não existe uma única forma de viver a infância ou o sofrimento, além de que desnaturalizar a saúde mental não significa negar a existência da doença ou do que se convencionou nomear como sintoma, mas compreender que cada condição considerada como patológica tem seus sentidos construídos e validados socialmente.

Desse modo, Ruiz (2004, p. 12) explica que, “(...) o sintoma está localizado e determinado na dinâmica própria do conjunto de interações criança-adolescente-família-sociedade”, considerado uma produção dinâmica de cada indivíduo, através da sua cultura e historicidade. Isso significa dizer que para compreender a produção e a situação de sofrimento psíquico em que muitas crianças e adolescentes se encontram, é preciso investigar individual e contextualmente, ou seja, como os fenômenos se materializam na e pela vida/realidade concreta de cada criança.

Considerando a dialética singular-particular-universal expressa na PSH e no MHD, um conceito importante para trazermos aqui é o de situação social de desenvolvimento. Para Vigotski (1935) e Bozhovich (2023), o desenvolvimento infantil pode ser entendido a partir da idade escolar jovem, média e avançada; no entanto, o processo de desenvolvimento não se restringe à idade na qual a criança se encontra, considerando a dialética envolvida entre as condições biológicas e sociais que atravessam suas vidas e atividades atuais. Vigotski (1935, p. 181) comenta tal questão da seguinte forma:

Como se sabe, a idade cronológica da criança não pode servir de critério seguro para estabelecer o nível real do seu desenvolvimento. Por isso, determinar o nível real de seu desenvolvimento sempre exige uma investigação especial pela qual se pode elaborar um diagnóstico do desenvolvimento. Estabelecer o nível real de desenvolvimento é tarefa essencial e indispensável para solucionar todas as questões práticas relativas à educação e ao aprendizado da criança, com controle do curso normal do desenvolvimento físico e mental dela e com diagnóstico de outras alterações do

desenvolvimento que perturbam a trajetória normal e dão, ao processo, um caráter atípico, anormal, às vezes patológico.

Nesse processo, evidencia-se a singularidade e a complexidade da análise do desenvolvimento psicológico infantil, que necessita ser compreendido a partir das condições objetivas de vida, uma vez que possui “sua própria lógica interna, suas próprias leis, e não é um reflexo passivo da realidade em que esse desenvolvimento ocorre” (Bozhovich, 2023, p. 613). Além disso, a autora ressalta que cada estágio da idade escolar possui uma estrutura qualitativamente distinta de características, ao passo que a transição de uma etapa para a outra não se coloca como um processo evolutivo, mas sim num salto dialético para uma nova qualidade. O desenvolvimento não é a cada etapa superado, mas transformado de uma forma para a outra.

Tais apontamentos sinalizam-nos a importância de localizar a criança e/ou o adolescente em sua situação social de desenvolvimento, portanto, partindo da ideia de que para compreender aquilo que eles ainda podem alcançar é preciso compreender em que momento se encontra o desenvolvimento singular de cada um deles (Mara-Alve & Oliveira-Vieira, 2022). Assim, indica-se a necessidade de uma postura avaliativa- diagnóstica, ou seja, que busque entender as capacidades individuais e atuais da criança, a partir daquilo que ela já realiza por si só – nível real do desenvolvimento –, bem como delinear os processos ainda não maduros e que podem ser desenvolvidos – zona de desenvolvimento proximal – desde que mediados.

No modelo familiar burguês proposto pela sociedade de classes, a infância e adolescência são colocadas em uma posição de *vir a ser*, como um período de transição até a vida adulta. Enquanto não estão aptas para contribuir produtivamente com o sistema, as crianças são submetidas a um processo de obediência e disciplina para desempenhar um papel social passivo, nos moldes conservadores, que incapacita a criação e o desenvolvimento do pensamento crítico. Para além desses fatores, Palmieri e Corbelo (2023) apontam que o contexto de desigualdades sociais extremas produzido pelo capitalismo periférico no Brasil, envolve muitas famílias em processos de sofrimento, fazendo com que o desenvolvimento infantojuvenil esteja condicionado às condições precárias ou abundantes de vida.

Mesmo que o ECA, no art. 2, preconize que a família não é a única responsável por assegurar e garantir os direitos à vida, à saúde, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária das crianças; incluindo a comunidade, sociedade e poder público enquanto responsáveis, os genitores ainda são delegados para o sustento, guarda e educação dos filhos

(Brasil, 1990). No entanto, Palmieri e Corbelo (2023) ressaltam que precisamos pensar sobre as condições disponíveis para esses genitores, em suas realidades concretas, para que esse desenvolvimento aconteça na concretude das famílias brasileiras.

As autoras acrescentam, ainda, que as queixas remetem ao interior das relações familiares e acabam sendo individualizadas, isoladas do seu contexto social, mesmo que estas precisem ser pensadas de forma coletiva. Quando observamos o sofrimento advindo das relações sociais e a impossibilidade de resolução do âmbito individual, evidencia-se a necessidade de respostas complexas, que considerem as raízes sociais e coletivas. Na ausência dessas considerações, prevalece a formulação de que as famílias deveriam proteger e cuidar de seus membros ilimitada e independentemente das condições materiais que possuem – o que acarreta na atribuição de culpa, patologias e disfunções aos que não correspondem às exigências das expectativas sociais (Palmieri & Zaniani, 2022).

Observando relatório da Fundação Abrinq (2019), *Cenário da Infância e Adolescência no Brasil*, estima-se que em 2021, 70,4 milhões de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residiam no Brasil. Destas, 30,9 milhões são brancas, 667,6 mil amarelas, 423,9 mil indígenas, 4,3 milhões pretas e 34,0 milhões pardas. Entre a faixa etária de zero a 14 anos, 17,4% têm renda domiciliar de até 1/4 do salário mínimo, 27,15% têm de 1/4 até 1/2 de salário mínimo e 44,5% em situação de baixa renda – principalmente nas regiões norte e nordeste. Entre 2015 e 2020, 4,3% das crianças abaixo de 5 anos se encontravam em situação de desnutrição e 7,4% em situação de obesidade. Em 2020, o índice de gravidez na adolescência era de 14%, enquanto a proporção de notificações de violência e exploração sexuais em crianças e adolescentes de até 19 anos era de 74,1%, entre meninos e meninas.

Esses dados, de uma forma ou de outra, nos sinalizam a indissociabilidade das questões sociais e políticas que envolvem os processos de sofrimento psíquico. Ora destacando a realidade concreta, em condições dignas de vida, ora colocando em vista as expectativas e exigências sociais/institucionais, bem como as exposições midiáticas que pairam sobre o público infantojuvenil, fica evidente que não podemos compreender nenhuma expressão de sofrimento de maneira isolada. No modo de produção capitalista, o sofrimento psíquico se complexifica, arrolando vulnerabilidades, opressões, desigualdades sociais, de gênero e de raça, além de incessantes expectativas e padrões socialmente produzidos para serem vendidos e reproduzidos, logo precisa ser considerado para além de suas aparências.

### **2.2.1. Medicalização e patologização da infância**

Quando nos referimos aos contextos sociais nos quais crianças e adolescentes majoritariamente se inserem, não podemos deixar de mencionar a escola, e que esta instituição historicamente tem se configurado como espaço produtor de demandas para o campo da Saúde Mental. Patto (2022) já denunciava a individualização das queixas de crianças e adolescentes, por exemplo, no contexto escolar da década de 1980. O *fracasso escolar*, como é nomeado, diz sobre os/as alunos/as que supostamente “falham” no sistema de ensino e são responsabilizados individualmente por essa situação, haja vista que a escola se isenta por detrás de laudos e deposita a incapacidade para a aprendizagem escolar no sujeito.

Assim, se instaura uma lógica de *medicalização e patologização* do cuidado. Segundo Sanches e Amarante (2014, p. 52), este é “(...) um processo que considera legítima a intervenção profilática para questões sociais mais amplas”. O fenômeno da patologização individualiza questões coletivas relativas ao sofrimento psíquico, utilizando dos psicotrópicos em uma tentativa de sanar os sintomas, como por exemplo a agitação, tristeza, desvios comportamentais ou dificuldades escolares, sem levar em conta a singularidade de cada sujeito. Em vez de considerar que a criança está com seu psiquismo em estruturação e que está inserida em contexto social e histórico que influencia suas questões pessoais, supõe-se que ela tenha um déficit neurológico e a partir daí se dá início a um tratamento medicamentoso.

Além disso, Patto (2022) aponta a má qualidade dos laudos redigidos por psicólogos, que sempre partiam do pressuposto de que todo aluno encaminhado pela escola era portador de algum distúrbio psíquico a ser descoberto, e que, ainda, quanto mais pobre fosse o examinando, mais força era adquirida nessa conjuntura.

Os laudos são todos iguais, pobres, plenos de estereótipos profissionais, redigidos com poucas frases feitas que se repetem em todos eles. Os resultados são, salvo raríssimas exceções, negativos. Impossível sequer vislumbrar nesses textos a singularidade do sujeito que se propõem a retratar. Nenhum deles refere-se à qualidade do ensino oferecido ou à relação da história escolar do aluno com a produção de seu “fracasso” (p. 82).

Seguindo esse raciocínio, sobre a relação do “fracasso” e as camadas mais empobrecidas da população, a autora postula nos meios acadêmicos “a crença na inferioridade psíquica dos pobres é centenária” e que entre outros profissionais, médicos e psicólogos “elaboraram, ao longo do século XX, um retrato dos membros das classes populares que têm como traço dominante a minoridade moral” (Patto, 2022, pp. 82-83). No entanto, não se trata de uma crença perdida no passado, já que os laudos, com sutileza maior ou menor, continuam até a atualidade atravessados de moralismo.

Segundo Maciel et al. (2013), um dos primeiros estudos de coorte realizados no Brasil com 4.746 crianças menores de 12 anos revelou um consumo de medicamentos de 56%; em outro estudo, com uma amostra de 15 creches com 1382 crianças em São Paulo, 37% dos alunos utilizavam medicamentos, sendo 80% delas menores de dois anos. As intervenções farmacêuticas têm crescido cada vez mais entre a população infantojuvenil, refletindo que sua utilização está relacionada, para além dos pressupostos médicos sob tais questões, à fatores sociais, econômicos e culturais, bem como às políticas de saúde de cada país ou região.

Nesse sentido, “falar sobre medicalização é discutir o modo como se tem construído, apoiando-se em uma racionalidade médica, estratégias de gestão da vida em todas as suas instâncias” (Garcia et al., 2015, p. 539). Existem diversas estratégias para controlar, disciplinar e orientar os modos de ser dos indivíduos. Essas práticas englobam desde intervenções químicas no organismo até abordagens terapêuticas ou pedagógicas, todas voltadas à modificação do sujeito com o propósito de ajustá-lo às normas socialmente estabelecidas em contextos históricos e geográficos específicos.

Desde os estudos de Patto (2022), tem-se a crítica de que a *questão social* foi transferida para a esfera individual, inerente ao modo de produção capitalista, destacando a infância pobre enquanto a população que mais possuía “limitações” psíquicas e fracassos acadêmicos. Nos problemas sociais que envolvem a infância, existe uma ampla desresponsabilização da sociedade contemporânea sobre os desenlaces que envolvem o campo da Saúde Mental, principalmente das classes mais pauperizadas. Nisso, observamos desafios históricos em relação a compensação da assistência e introdução da medicina nestes processos, no lugar do desenvolvimento de políticas públicas que de fato poderiam auxiliar a sua não agudização, ainda que não sejam capazes de dar conta da sua superação.

### **2.2.2. Epidemia dos diagnósticos em saúde mental**

Considerando tais apontamentos, vemos que as questões relativas à infância com frequência se direcionam à família, ao aluno e à pobreza de maneira individual, isentando a escola e o Estado – que contribuem para um processo incansável de patologização e medicalização infantojuvenil. As dificuldades expressas muitas vezes acabam reduzidas a um *problema* de comportamento, de autoestima, de aprendizagem, de comunicação, entre outros, que “precisa” ser “resolvido”. No entanto, a resolução procurada não está no seu ambiente, nas condições de vida ou instituições às quais frequenta, iniciando uma busca incessante por

diagnósticos que desresponsabilizem todos, senão a criança ou adolescente, que consequente serão medicados para melhor confortar às pessoas ao seu redor<sup>15</sup>.

Segundo a jornalista Rosiane Correia de Freitas, a situação atual das escolas escancara uma “guerra de laudos”, em que de um lado tem-se as famílias em busca de direitos, inclusão e qualidade de ensino, e, de outro, as escolas que não tomam nenhuma iniciativa em relação às dificuldades ou condições psíquicas dos alunos sem que estes tenham um documento comprobatório. Mesmo que a exigência de um laudo seja compreendida a partir da necessidade de uma visão especializada para identificar possíveis diagnósticos, isto faz com que crianças circulem cada vez mais marcadas pelos rótulos que recebem. Plural Curitiba (2023, para. 10) questiona, ainda, se essa configuração “laudo-ação” está realmente ajudando os alunos a serem melhor atendidos, postulando que:

Sim, é importante diagnosticar crianças. Mas o diagnóstico em si não é o fim, mas sim o começo de um processo de inclusão, de oferecer à criança ferramentas para que ela conviva e supere eventuais dificuldades. Não um momento de colar um rótulo e condená-la a ser um problema. É essa percepção que deveria guiar as políticas públicas na área e o trabalho das famílias e profissionais da saúde e educação.

Ademais, consideramos importante ressaltar que a recente pandemia de COVID-19, no ano de 2020, fez com as mídias sociais digitais ganhassem mais destaque, possibilitando espaços de criação e compartilhamento de conteúdos (Goeckin et al., 2021). Nesse cenário, a emergência de perfis de profissionais da Psicologia e Psiquiatria, principalmente na mídia social TikTok<sup>16</sup>, fez com que o tema da saúde mental ganhasse notoriedade. Por um lado, a discussão e promoção de conteúdo pode ser vista como aliada na disseminação de conhecimentos, trazendo informações interessantes sobre autocuidado e autoconhecimento. No entanto, podemos observar que tal fenômeno também acarretou em uma espetacularização dos nomeados *transtornos mentais*, expondo *sintomas* e ‘sinais’ de forma genérica e abstrata, gerando grande identificação por parte dos espectadores.

De acordo com a pesquisa realizada por Goeckin et al. (2021) sobre esse assunto/evento, a falta de fiscalização pela veracidade das informações disseminadas faz com que as pessoas criem e repliquem conteúdos a partir de qualquer temática, indeliberadamente. Vídeos encontrados e analisados pelos autores, a partir de descritores/hashtags como “ansiedade” ou “saúde mental”, trazem como título “veja como é uma pessoa tendo crise de

---

<sup>15</sup> Aqui, logicamente, estamos desconsiderando condições que de fato necessitam da utilização de fármacos, mas colocando em pauta a sua utilização desenfreada e, por vezes, desnecessária (medicalização).

<sup>16</sup> TikTok é um aplicativo chinês de mídia para criar e compartilhar vídeos curtos.

ansiedade” (replicado várias vezes por mais de um perfil), além de ser comum encontrarmos outros com “esses são os 5 sinais de TDAH” ou “se você se comporta dessa maneira, você provavelmente é autista” – o que demonstra um alerta para esse tipo de exposição.

Samantha Murphy Kelly, jornalista do CNN Business, acrescenta que as pessoas nascidas entre o final da década de 90 e a atualidade (ano 2023), geração Z e Alfa, são consideradas o público-alvo de redes como o TikTok e que o consumo dessas informações tem trazido muitas crianças e adolescentes para os consultórios de Psicologia e Psiquiatria, sob suspeita de algum diagnóstico visualizado na rede. Nesse sentido, instaura-se um movimento de jovens que usam as mídias sociais para diagnosticar a si mesmos com condições mentais, muitas vezes inexistentes, ficando frustrados quando os profissionais não concordam com as suas suspeitas.

(...) Erin Coleman diz que sua filha de 14 anos usa esses aplicativos para pesquisar vídeos sobre diagnósticos de saúde mental.

Com o tempo, a adolescente começou a se identificar com os criadores, segundo a mãe, e se convenceu de que tinha os mesmos diagnósticos, incluindo transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), depressão, autismo, misofobia (medo extremo de sujeira e germes) e agorafobia (medo de sair de casa).

“Toda semana ela apresentava outro diagnóstico”, disse Coleman à CNN. “Se ela vê um traço de si mesma em alguém, ela pensa que também tem.”

Depois de passar por testes de saúde mental e condições médicas, sua filha foi diagnosticada não com a longa lista de condições sobre as quais ela havia especulado, mas com forte ansiedade. “Mesmo agora, ela nem sempre acha que [os especialistas] estão corretos”, disse Coleman. (Kelly, 2023, para. 1-4).

O relato de Coleman expresso acima, além de demonstrar uma concepção pré estabelecida pela filha sobre uma possível condição de sofrimento, também nos diz sobre a disseminação espetacularizada e genérica dos transtornos mentais descritos nos manuais diagnósticos. Larry D. Mitnaul, psiquiatra do Kansas também entrevistado por Kelly (2023), acrescenta que para além do autodiagnóstico as crianças e adolescentes têm chegado aos consultórios com opiniões muito fortes em razão dessas pesquisas, utilizando jargões que já remetem a algum transtorno quando querem se referir ao que estão sentindo. Desse modo, não dizem mais que “estão tristes”, mas que estão “deprimidos”, ou relatam uma lista de sintomas que se identificaram na internet e que preenchem algum critério, mesmo sem saber falar sobre o que realmente está acontecendo.



Segundo o psiquiatra Larry D. Mitnaul, “(...) os autodiagnósticos mais populares que ele encontra entre os adolescentes são TDAH, transtorno do espectro autista e transtorno dissociativo de identidade, ou transtorno de personalidade múltipla.” (Kelly, 2023, para. 14). Anteriormente, o psiquiatra relata que seus pacientes não chegavam à clínica com algo tão específico em mente, mas demonstraram interesse em primeiramente conversar e entender seus sintomas.

Já para Alexandra Hamlet, psicóloga clínica na cidade de Nova Iorque, “Com a crescente pressão que os jovens enfrentam para serem socialmente competitivos, os adolescentes com inseguranças mais significativas podem sentir que nunca estarão à altura (...)” Além de que “Um adolescente pode confiar em um diagnóstico para diminuir as expectativas dos outros sobre suas habilidades.” (Kelly, 2023, para. 20).

Nessa toada, muitos autores apontam para a ascensão de uma verdadeira epidemia de diagnósticos (Sanches & Amarante, 2014; Frances, 2017; Whitaker, 2017). Sanches e Amarante (2014) argumentam que a expansão dos diagnósticos em saúde mental está intrinsecamente ligada à medicalização da vida cotidiana. Lembram que a partir da segunda metade do século XX, a psiquiatria ampliou sua esfera de atuação, categorizando problemas subjetivos e sociais como transtornos mentais. Esta tendência reflete um modelo biomédico que descontextualiza o sofrimento humano, reduzindo-o a uma questão neuroquímica. Além disso, os autores destacam o papel determinante das indústrias farmacêuticas na promoção de um mercado lucrativo de psicofármacos, muitas vezes sustentado por diagnósticos médicos questionáveis.

Em consonância, Frances (2017) – que liderou a elaboração do DSM-IV – critica severamente a “inflação diagnóstica” promovida pelo DSM-V. Ele destaca que o manual, amplamente utilizado como referência diagnóstica, expandiu significativamente as categorias de transtornos mentais, muitas vezes sem embasamento científico robusto. Para o autor, essa expansão gera consequências como o sobrediagnóstico e o tratamento excessivo de condições que poderiam/deveriam ser consideradas variações normais da experiência humana, alertando-nos que tal prática contribui para a estigmatização e para uma dependência desnecessária de intervenções medicamentosas.

Whitaker (2017), por sua vez, amplia a análise ao considerar os impactos socioeconômicos dessa epidemia de diagnósticos, argumentando que a psiquiatria contemporânea se alinha a interesses corporativos que priorizam o lucro em detrimento do bem-estar dos pacientes. Para o autor, o aumento de diagnósticos e prescrições está associado a uma crise na saúde pública, com indivíduos enfrentando mais complicações a longo prazo,

incluindo efeitos adversos de medicamentos e marginalização social. Logo, o aumento de diagnósticos reflete, em parte, uma incapacidade de lidar com as complexidades do sofrimento humano em um mundo marcado por desigualdades estruturais.

Partindo desses apontamentos, pode-se concluir que a história da saúde mental infantojuvenil desnuda uma crescente exigência do Estado, das políticas setoriais, dos profissionais da saúde e dos intelectuais que se debruçam sobre o tema, sobre um posicionamento ético-político (Zaniani, 2015). Ao considerar que enquanto construção histórica, a infância não escapa das contradições sociais relativas a essa sociedade, e o sofrimento psíquico vivido de diferentes formas nesse momento do desenvolvimento humano – que envolve e articula questões políticas, sociais e culturais com as de classe, raça/etnia, gênero, entre outras –, precisa ser compreendido em sua determinação social e não apenas de maneira sintomatológica ou biologicista.

### **Seção 3- Primeiro movimento de análise: do concreto caótico ao concreto pensado**

Esta seção tem como intuito apresentar a metodologia utilizada na pesquisa, orientada pela Psicologia Sócio-Histórica, bem como o método de análise das entrevistas a partir dos Núcleos de Significação. Enquanto organização do texto, primeiro abordaremos os métodos de coleta de dados, que envolvem as informações sobre a população e seus critérios de inclusão e exclusão; em seguida falaremos da caracterização e descrição dos procedimentos de entrevista; finalizando com o método de análise dos dados – os Núcleos de Significação.

#### **3.1. Apontamentos metodológicos gerais**

Esta pesquisa pauta-se nos fundamentos teórico-metodológicos da PSH, guiada pelo MHD, sendo de caráter qualitativo, exploratório e de campo. Nesse sentido, esta vertente da Psicologia segue as concepções teóricas e metodológicas expressas por Marx e Engels, bem como por Vigotski, Luria e Leontiev, no sentido de construção de uma psicologia concreta (Furtado et al., 2022). Busca superar os reducionismos das concepções empiristas e idealistas, compreendendo a constituição subjetiva do ser humano através das relações sociais de produção e reprodução da vida, considerando as condições históricas e específicas de apropriar-se dos bens culturais e historicamente objetivados e sua ação transformadora no mundo (Dalla Vecchia & Martins, 2006).

Dessa posição, a compreensão dos fenômenos sociais e psíquicos partem da realidade concreta. Porém, essa materialidade não é entendida como externa ou descolada dos seus próprios fenômenos, uma vez que o homem é concebido enquanto ser ativo, social e histórico – seguindo os pressupostos marxianos e vigotskianos. Ao considerar que os fenômenos psicológicos não pertencem à natureza humana e não preexistem ao homem, coloca-se em evidência a determinação das condições sociais, econômicas e culturais nesses processos – tanto de desenvolvimento, quanto de adoecimento/sofrimento, ao longo da história dos indivíduos. Assim, “falar sobre a subjetividade humana é falar sobre a objetividade em que vivem os homens”, pois para compreender o “mundo interno” é preciso compreender o “mundo externo” (Bock, 2007, p. 9).

Em conformidade, Furtado et al. (2022) apontam que o objeto da Psicologia Sócio-Histórica é a dialética subjetividade-objetividade, cuja complexidade é reconhecida e investigada por meio das categorias: atividade, consciência e dimensão subjetiva da realidade. Ou seja, para compreender a subjetividade, é preciso compreender como se estabelecem as

relações de trabalho, a formação da consciência – através da qualidade das mediações –, e as determinações político-sociais que partem da realidade concreta.

Ao considerar a importância de se pensar a produção do sofrimento psíquico em uma perspectiva sócio-histórica e a escassez de produções teórico-metodológicas que abordem a atuação da Psicologia sob os marcos da Psicologia Sócio-Histórica junto à crianças e adolescentes que sofrem psiquicamente, realizamos entrevistas com psicólogos(as) e médicos(as) que trabalham ou trabalharam com saúde mental infantojuvenil na rede de saúde pública e particular brasileira. Assim, intentamos compreender a relação teórico-prática que fundamenta tal atuação e sua interlocução com as questões anteriormente levantadas nesta pesquisa.

### **3.2. Métodos de coleta de dados**

Inicialmente vislumbramos como participantes da pesquisa 15 psicólogos(as) e 15 médicos(as) que atuam ou atuaram com saúde mental infanto-juvenil. Até o mês de novembro de 2023, foram entrevistados 12 profissionais da Psicologia e 4 profissionais da Medicina, sendo 6 deles atuantes da rede pública de saúde, 3 da rede particular e 7 atuantes em ambas as modalidades. No entanto, em razão da complexidade e repetição de conteúdos presentes na fala dos profissionais e da delimitação de tempo de uma pesquisa de mestrado, decidimos nos deter em 4 entrevistas de cada área.

Nesse sentido, adotamos como critérios de inclusão os/as para seleção dos participantes: a) ter o CRP/CRM ativo; b) atuar ou ter atuado em serviço de saúde mental infantojuvenil na rede pública ou particular; c) possuir no mínimo um ano de prática clínica; d) residir em território nacional. Sobre o processo de escolha dos 8 entrevistados que compõem a análise, dentre os 16 que foram escutados ao longo da pesquisa, optamos pelo número de médicos totalizante (4) e psicólogos (4/12) que desenvolveram mais suas ideias. Apesar desta pesquisa não ter como objetivo focar sua análise no setor público, os profissionais escolhidos conciliavam sua atuação em ambos os setores (público e particular).

O instrumento escolhido para realizar a produção de dados foi a entrevista semiestruturada, pautada em um roteiro previamente definido (Apêndice I). Mesmo sendo um instrumento elaborado previamente, cabe anotar que, segundo Freitas (2002), a entrevista qualitativa de cunho sócio-histórico, não se resume a uma série de perguntas e respostas, sendo concebida enquanto uma produção de linguagem dialógica, ou seja, no movimento singular-particular-universal. Ela é constituída na compreensão e descrição dos eventos observados,

integrando o individual com o social – uma vez que é o “sujeito que se expressa, mas sua voz carrega o tom de outras vozes, refletindo a realidade de seu grupo, gênero, etnia, classe, momento histórico e social” (Freitas, 2002, p. 29). Trata-se de um encontro entre sujeitos, onde ambos são afetados e o discurso que emerge no processo precisa ser concatenado com a atividade do entrevistado e sua inserção enquanto profissional inscrito nesse modo de produção e reprodução de vida – o capitalista.

Para selecionar os participantes, a divulgação da pesquisa foi realizada em grupos do WhatsApp e no Instagram, possibilitando o alcance de profissionais de diversas regiões. As entrevistas foram realizadas individualmente, através da plataforma digital Google Meet – pela possibilidade de alcançar profissionais de diferentes estados. Estas foram gravadas e posteriormente transcritas integralmente. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice II), solicitado para autorização da gravação da entrevista e participação no estudo. Nessa ocasião, também foram fornecidos esclarecimentos quanto ao estudo, seus objetivos, garantia de anonimato, informações sobre a entrevista, entre outros assuntos, pautados nos cuidados éticos. Por se tratar de uma pesquisa de campo que envolve seres humanos, foi submetida ao Comitê de Ética e autorizada conforme comprova o parecer sob o n. CAAE 68805323.1.0000.0104.

### **3.4. Métodos de análise de dados**

Neste tópico seguiremos com a apresentação da metodologia adotada, os Núcleos de Significação, contemplando sua conceituação e etapas de análise.

#### **3.4.1. Núcleos de Significação**

A metodologia utilizada para a análise do material coletado foi inspirada na dos Núcleos de Significação, que instrumentalizam o pesquisador no processo de apreensão de sentidos e significados constituídos pelo sujeito frente a sua realidade, suas determinações sociais e históricas (Aguiar et al., 2015). Segundo as autoras, a proposta dos Núcleos de Significação se constitui como um procedimento metodológico que possibilita ao pesquisador apreender esse processo para além do empírico, para passar da aparência das palavras (significados) para sua dimensão concreta (sentidos).

No capítulo *Pensamento e Palavra*, Vigotski (2000, p. 398) desenvolve a compreensão de que o significado é a unidade entre o pensamento e a linguagem, uma vez que “a palavra

desprovida de significado não é palavra, é um som vazio”. Ou seja, o significado da palavra é um fenômeno do pensamento que permite a representação da realidade na consciência, tornando possível a sua generalização ou conceito, que se desenvolve a partir das condições concretas de vida.

Em contrapartida, o autor ressalta que um aspecto importante da peculiaridade semântica da linguagem é “a predominância do sentido da palavra sobre o seu significado da linguagem interior” (Vigotski, 2000, p. 465). O sentido, aqui, é considerado enquanto uma formação fluida, dinâmica, que representa a soma dos fatos psicológicos que a palavra desperta na consciência individual. Desse modo, enquanto o significado da palavra se encontra imóvel, o seu sentido pode mudar em diferentes contextos, pois é inconstante, inesgotável, considerando que:

A palavra só adquire sentido na frase, e a própria frase só adquire sentido no contexto do parágrafo, o parágrafo no contexto do livro, o livro no contexto de toda a obra de um autor. O sentido real de cada palavra é determinado, no fim das contas, por toda a riqueza dos momentos existentes na consciência e relacionados àquilo que está expresso por uma determinada palavra. (Vigotski, 2000, p. 466).

O significado da palavra diz respeito àquilo que se nomeou, na cultura, de determinada forma, enquanto o sentido é constituído a partir da experiência individual em contato com a objetividade. Assim, Vigotski (2000, p. 486) finaliza o capítulo apontando que a dialética entre sentido, significado e palavra nos levam à compreensão da operação da consciência sobre os fenômenos da linguagem, ou que ainda, em consonância: “o pensamento e a linguagem são a chave para a compreensão da natureza da consciência humana”, em seu caráter histórico e não estático.

Desse modo, o que se busca é a apropriação da dimensão subjetiva da realidade, com suas articulações, contradições e possíveis sínteses. No discurso transcrito de cada participante, tem-se o ponto de partida para a construção de categorias/núcleos que possam expressar o objetivo e objeto de estudo. Segundo Aguiar e Ozella (2013), a ideia de significação remete à dialética que compõe a relação entre sentidos e significados constituídos pelo sujeito frente à realidade na qual atua e pertence. O processo de escolha/chegada nas categorias de análise possuem etapas pré-definidas, que são: levantamento de pré-indicadores, sistematização de indicadores e sistematização dos núcleos de significação.

### **3.4.2. Etapas da análise dos Núcleos de Significação**

Aqui, voltamos aos problemas dessa pesquisa: Como podemos compreender as ligações do capitalismo tardio com a produção de sofrimento psíquico infantojuvenil? E, de que modo, a experiência dos profissionais da Psicologia e Psiquiatria que atuam no campo da saúde mental infantojuvenil podem nos auxiliar na análise de tal fenômeno?

A partir da transcrição integral das entrevistas realizamos leituras e avançamos para o processo de aglutinar/sistematizar indicadores de acordo com eixos norteadores: vivência, demandas, desafios e compreensão sobre o sofrimento psíquico na infância e adolescência. Tais eixos foram sendo compostos por recortes de falas que mais nos chamaram a atenção, considerando: sua relação com o tema da pesquisa; a frequência com que apareceram; ou porque percebemos algum aspecto que os entrevistados deram importância (pela carga emocional presente na fala, pela qualidade da reflexão, etc.).

Assim, pensando em articular os sentidos (pessoais) e significados (sociais) entre si, chegamos em dois Núcleos de Significação. Para compreender a realidade objetiva de cada profissional da saúde e suas impressões sobre a atuação com o público infantojuvenil, temos como Núcleo 1: Dimensão subjetiva-objetiva do campo da Saúde Mental Infantojuvenil; e para desvelar a gênese da produção do sofrimento psíquico infantojuvenil, temos o Núcleo 2: A concepção de sofrimento psíquico e o manejo de suas expressões. Por fim, realizamos uma síntese de ambas as categorias, acrescentando as possibilidades de enfrentamento apresentadas pelos(as) entrevistados(as).

## Seção 4- Segundo movimento de análise: a produção de sofrimento psíquico infantojuvenil no capitalismo tardio

*Não tem como fazer um trabalho em saúde mental se a pessoa não tem comida, sabe? Não tem como fazer um trabalho em saúde mental se o pai chega bêbado em casa e bate na mãe, sabe? Isso vai estourar em algum lugar... (...) é questão social, é questão familiar, é questão de sociedade, assim... como a sociedade é estruturada e os papéis que as pessoas estão colocando em cima da criança.*

(Psicólogo 3- atuante na atenção primária, 2023)

Nesta seção pretendemos organizar, apresentar e analisar os resultados produzidos mediante as entrevistas realizadas com os profissionais atuantes na Saúde Mental Infantojuvenil. Descreveremos brevemente as informações essenciais em relação aos participantes da pesquisa, a partir de uma representação visual, para em seguida compreender os Núcleos de Significação que compõem a análise dos principais aspectos capturados no decorrer das entrevistas – que visam responder nosso problema e objetivos de pesquisa.

### 4.1. Descrição geral dos dados coletados e tabelas de informações das entrevistas

Como já esclarecido na seção 3, foram realizadas 15 entrevistas, mas priorizadas 8, compreendendo um número próximo de profissionais tanto da Psicologia quanto da Medicina. Nessa composição, as idades dos participantes variam entre 25 a 46 anos, e os estados que residem abrangem Paraná, São Paulo, Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Bahia. Dentre as instituições que estes profissionais atuam ou atuaram, para além da clínica particular, podemos citar o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), Unidades Básicas de Saúde, serviços ambulatoriais na Atenção Secundária, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), e o Centro de Defesa dos Direitos das Crianças e Adolescentes (CEDECA).

**Quadro 1** – *Descrição geral dos entrevistados(as)*

<b>Identificação</b>	<b>Idade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Nível de qualificação</b>	<b>Rede</b>	<b>Local de atuação na rede pública</b>	<b>Estado</b>
Psicólogo 1	46	Psicólogo	Especialização	Pública	CRAS	São Paulo



Psicóloga 2	26	Psicóloga	Graduação	Pública	Serviço ambulatorial I na Atenção Secundária	Paraná
Psicólogo 3	26	Psicólogo	Graduação	Pública	UBS	Paraná
Psicóloga 4	25	Psicóloga	Graduação	Pública/particular	CEDECA	São Paulo
Médica 1	30	Residente de Psiquiatria	Graduação	Pública/particular	CAPSi	Bahia
Médica 2	30	Médica de Família	Especialização	Pública/particular	UBS/CAPSi	Paraná
Médica 3	45	Psiquiatra	Especialização	Pública/particular	UBS	Distrito Federal
Médico 4	29	Residente de Psiquiatria	Graduação	Pública	UBS/CAPSi	Rio Grande do Sul

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

A fim de conhecer a trajetória profissional e acadêmica dos entrevistados e compreender a sua aproximação com o público infantojuvenil, em seus diferentes contextos, escolhemos Médicos e Psicólogos por serem os trabalhadores que atuam diretamente com Saúde Mental, tanto na rede pública quanto particular. Todos os entrevistados tiveram contato com o público infantojuvenil durante a graduação, em estágios supervisionados ou residência. Dentre os oito, 3 médicos(as) e 3 psicólogos(as) planejaram trabalhar com infância após a graduação, demonstrando que essa possibilidade estava delineada. Todos os profissionais têm atuação na rede pública de saúde, na atenção primária e secundária; 4 trabalham também em consultório particular.

Escolhemos preservar a identidade dos(as) participantes, mantendo o gênero e a categoria profissional, bem como a descrição do equipamento da rede pública no qual atuam. Consideramos que os atravessamentos de gênero são importantes para a compreensão da narrativa de cada realidade singular-particular, que carregam inflexões das opressões e das expectativas em relação ao cuidado infantojuvenil. No corpo do texto, serão apresentados(as) a partir da numeração e local de atuação descritos no quadro acima, como por exemplo: Psicólogo 1- atuante na atenção primária e Psicóloga 2- atuante na atenção secundária, ou

Médica 1- atuante na atenção secundária e Médico 4- atuante na atenção secundária. Suas falas receberão destaque de itálico e espaçamento entre os parágrafos para melhor visualização.

## **4.2. Análise dos Núcleos de Significação**

A partir da análise dos conteúdos produzidos nas entrevistas e dos conteúdos apreendidos, chegamos a indicadores reunidos em eixos – vivência, demandas, desafios e compreensão sobre sofrimento psíquico, produziram-se dois Núcleos de Significação que nos orientam ao problema de pesquisa. Em um primeiro momento, escolhemos discorrer sobre o retrato da realidade objetiva atual da Saúde Mental Infantojuvenil, a partir das concepções dos profissionais entrevistados. Em seguida, falaremos sobre a compreensão sobre o sofrimento psíquico infantojuvenil, a partir de como os profissionais entrevistados concebem as formas de adoecimento/sofrimento que vos chegam em suas práticas de atuação, na busca pela aproximação da sua gênese.

### **4.2.1. Núcleo de Significação 1: *Dimensão subjetiva-objetiva do campo da Saúde Mental Infantojuvenil***

A partir das entrevistas realizadas, foi possível conhecer diversas interfaces do trabalho em Saúde Mental com a população infantojuvenil. Dando voz às vivências, desafios e percepções dos profissionais da saúde sobre a sua própria área de atuação, buscamos aqui apresentar as principais informações que traduzem o cenário atual das políticas públicas e do acolhimento às crianças e adolescentes na rede pública e particular brasileira – diante da compreensão de que dos fenômenos sociais e psíquicos partem da realidade concreta. Assim, este primeiro núcleo será guiado pelas falas desses sujeitos que expressam as significações construídas na dialética objetividade-subjetividade.

Iniciando esta apresentação vimos que cinco profissionais relataram durante as entrevistas que sentem dificuldade em realizar um trabalho em rede, com discussões de caso, matriciamento ou contrarreferência. Lembramos que esses são princípios e estratégias apregoados pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica, que visam a construção de um cuidado em saúde mental mais integral e compartilhado. No entanto, ao considerar o contexto histórico em que vivemos, assentado na lógica neoliberal, as políticas públicas de saúde têm sido

compreendidas por muitos autores enquanto uma reforma incompleta<sup>17</sup> – haja vista a heterogeneidade da sua implementação, que contribui para a desigualdade no atendimento das necessidades da população, bem como problemas de financiamento e gestão.

Entendemos que uma reforma de caráter social, que visa a universalização do acesso em saúde, contribui para o avanço das possibilidades de cuidado em Saúde Mental independentemente do contexto onde ele se materializa, pensando na integralidade do sujeito e das ações coletivas. Contudo, as bases sociais/socialistas do SUS e da Reforma Sanitária – tudo para todos – destoam do modo de produção capitalista, que impossibilita o acesso universal e a democratização da vida social. Nesse sentido, a ampliação da aproximação do público aos serviços de saúde assegurada pelo SUS se torna enfraquecida frente à persistente precarização das condições materiais da população brasileira (Campos, 2007). Aos trabalhadores da rede, os conflitos de interesse entre o bem-estar social e o MPC redundam em uma luta diária.

Pensando na *vivência* particular de trabalho dos entrevistados, quando nos aproximamos dessa propriedade, todos os profissionais se queixaram da exigência por produtividade e falta de tempo concedido para escuta e realização de suas atividades. Todos identificam uma alta demanda de atendimento, que não consegue ser sanada. Em seus relatos, foi possível observar que esses impasses tornam suas práticas limitadas pela contradição quantidade x qualidade, em que é prezada a tentativa de sanar as demandas com a perda das condições favoráveis de atendimento típica do modo de produção capitalista. De acordo com os(as) entrevistados(as), isso resulta em um sentimento misto de impotência e esgotamento.

Lembramos que, segundo Costa (2023) o processo ativo de precarização que se instaura, atinge as condições objetivas de vida, o trabalho e o próprio campo da Saúde Mental. Pensando na qualidade das condições materiais possíveis e impossíveis no MPC, a degradação da vida produz cada vez mais queixas que partem de questões sociais e se transformam em “demandas” psiquiátricas – assim como mostraremos a seguir. A ampliação das categorias nosológicas nos manuais como o DSM, abrangem progressivamente mais sintomas e reinventam novos diagnósticos (Russo & Venâncio, 2006; Sanches & Amarante, 2014).

Isso demonstra a desconexão causal entre a produção do sofrimento psíquico e a forma como este tem sido compreendido, que caracteriza o que foi mencionado na seção 2 enquanto epidemia de diagnósticos. Assim como Whitaker (2017) destaca, o crescente número de diagnósticos se relaciona com hegemonia da indústria farmacêutica e de um processo próprio

---

<sup>17</sup> Ver Gerschman (2004); Vasconcelos (2005); Nogueira (2003) e Campos (2007).

do capitalismo, que é o de transformar tudo em “mercadoria”, inclusive fazendo movimentar o mercado privado que vende a saúde como um bem individual e não coletivo. E, como rescaldo deste cenário, as cobranças por acolhimento e tratamento desse “fenômeno” são crescentes e cada vez mais direcionadas aos profissionais da saúde.

Bem como discutido no segundo capítulo deste estudo, a precarização do trabalho promovida pelo avanço neoliberal também é desenvolvida a partir da exigência de metas inalcançáveis e ritmo intenso, que fragilizam os processos de vínculo e autonomia dos trabalhadores (Franco et al., 2010; Santos & Carvalho, 2019; Martins, 2020). Nesse sentido, a produção de capital não leva em consideração o atendimento das necessidades humanas, reduzindo a vivência e as particularidades laborais às condições de subserviência. Estão presentes nos relatos dos(as) entrevistados(as), menções de jornadas de trabalho que exigem “16 atendimentos por dia”, “consultas com duração menor que 20 minutos por paciente”, com rotinas de “serviço individualizado” e “carência de recursos lúdicos” que facilitem o atendimento ao público infantojuvenil.

No campo da Saúde Mental, a precarização das próprias políticas públicas e o sucateamento dos equipamentos SUS demonstram a materialização do cenário descrito, que não é uma situação isolada, mas demonstra que a organização política e econômica de contrarreforma também interfere na proposta de cuidado universal, pela destituição de serviços que são transformados em mercadoria (Boschetti, 2019). Especialmente na construção do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes consonantes com o SUS, é esperado que seja realizado um trabalho multi e interdisciplinar, com atividades coletivas que contem com a participação da comunidade, que não sejam reduzidas, principalmente no campo da Psicologia, à clínica individualizada e alienada das condições de vida dos usuários. No entanto, o que é relatado pelos entrevistados, é um cenário permeado pela demanda de produtividade e respostas pontuais e fragmentadas às reais necessidades do público atendido<sup>18</sup>, escancarando as sequelas da contradição capital-trabalho.

Nesse contexto, buscamos compreender com quais condições de acolhimento se deparam no cotidiano de trabalho. Pensando em um atendimento que priorize estabelecer um espaço de confiança para aqueles que procuram ou são encaminhados para os serviços de saúde, cinco dos oito profissionais conseguem acolher diretamente as crianças e suas famílias,

---

<sup>18</sup> Aqui destacamos que as condições apresentadas não podem ser generalizadas para o território nacional como um todo, retratando a realidade dos profissionais entrevistados, que abrange cidades de cinco estados brasileiros. Apesar disso, a literatura nos aponta que essa é uma percepção recorrente entre os profissionais da saúde.

enquanto três possuem restrição no acesso do acolhimento inicial, que é realizado por outro profissional. No seguimento, todos apontam a importância da participação da família no acompanhamento, mesmo priorizando a autonomia e escuta das crianças e adolescentes atendidas.

*Tento colocar um vínculo que empodere mais a própria criança, de dizer a ela no sentido de que ela vai ser ouvida. E que não é com o objetivo de diminuí-la, de achar defeitos nela... de orientar os pais, dar uma redirecionada no discurso. (Médica 3-atuante na atenção primária, 2023).*

*Primeiro, eu sempre converso com os responsáveis por eles. Até para entender um pouco do ponto de vista deles sobre a demanda... que geralmente pode acontecer de ser completamente oposta ao que o adolescente trás quando você fala com ele. É legal ter essa percepção, e também como uma forma de... tornar isso uma questão de todo mundo que está envolvido na vida daquele adolescente, né? (Psicóloga 4-atuante no Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2023).*

Contudo, aqui percebemos um tom de cobrança por parte de alguns entrevistados(as) em relação ao envolvimento da família, que é muitas vezes responsabilizada tanto pela produção ou acirramento do sofrimento, quanto pela condução favorável ou desfavorável do tratamento.

*Eu sinto que existe... como se fosse uma terceirização pro psicólogo, num sentido de “eu não dou conta de lidar, então conversa com o meu filho sobre isso”. Ou até uma questão de... “a vida tá corrida, tenho muita coisa pra fazer, então conversa com o meu filho sobre x coisa pra eu não precisar conversar”, sabe? às vezes acaba sendo... pouca implicação da família ali nesse cuidado com as crianças, né. (Psicólogo 3-atuante na atenção primária, 2023).*

Por mais que não se negue a importância da participação da família no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em sofrimento da criança, é preciso reforçar que a precarização que atinge a realidade objetiva dos profissionais de saúde também se aplica às condições de vida dos usuários e de suas famílias. No capitalismo, as jornadas exaustivas de trabalho com a escala de trabalho 6x1 e a perda das possibilidades de uma vivência que

extrapole a subsistência, interferem diretamente na capacidade protetiva das famílias que não têm condições materiais e tempo de qualidade para compreender e dar conta das necessidades de suas crianças e adolescentes.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, em 2022 o número de famílias brasileiras ultrapassou a marca de 72 milhões, tendo como percentual de 51% de mulheres responsáveis por elas, muitas vezes, sem a presença e apoio de um parceiro. Entre as responsáveis, as mulheres negras são a maioria em todas as regiões, sendo também as famílias mais vulneráveis, sendo que 69% dessas possuem renda per capita de até 1 salário mínimo. Nessa toada, seguimos culpabilizando e responsabilizando individualmente as famílias, esperando delas laços de solidariedade e proteção, enquanto socialmente muitas delas têm de driblar a sobrecarga e a desproteção.

O lugar de destaque ocupado pela mãe/mulher nas famílias tem sido reconhecido também nas demais práticas de cuidado, como Bustamante e Santos (2015) demonstraram nos resultados da sua pesquisa. As autoras observaram que, apesar de existir um número maior de famílias nucleares no serviço de saúde mental por elas estudado, ao somarem as famílias extensas e as monoparentais, a ausência da figura paterna acabou sendo majoritária. Buriola et al. (2016), por sua vez, confirmam que a maioria dos cuidadores entrevistados em sua pesquisa eram mulheres e, dentre essas, a maioria era a mãe da criança/adolescente em sofrimento psíquico. Taño et al. (2021) reiteram que historicamente o cuidado cotidiano tem sido desempenhado por mulheres (mães ou avós), sem contar com o apoio dos demais familiares, incorrendo na sobrecarga feminina que, com frequência, também assume a responsabilidade de garantir o acesso e manutenção do seu ente nas práticas de cuidado ofertadas pelos serviços de saúde mental, cumprindo os horários e seguindo as prescrições.

Boschetti (2019) ressalta que, uma vez que o Estado Social é transferido para um Estado que se submete à lógica do capital, como um processo de mercantilização dos direitos sociais, “a precarização das condições de trabalho e o avanço do pensamento conservador alimentam o individualismo e fragiliza as entidades classistas” (p. 46). Segundo a autora, esta estrutura de desmantelamento da expansão e universalização dos direitos sociais se torna um requisito para acumulação, desresponsabilizando o Estado pela proteção de seus cidadãos e transferindo a responsabilidade do bem-estar para a família e para o mercado. A impropriedade desse movimento foi apontada por Miotto (2012), considerando a inconstitucionalidade da família ter que assumir um papel inverossímil na proteção social dos seus membros.

A reprodução da desigualdade escancarada pelo sistema de produção vigente, que torna heterogêneas as formas de configuração familiar e de acesso a recursos protetivos, desenvolve

custos financeiros, emocionais e laborais que extrapolam as formas de cuidado possíveis de serem ofertadas pelas famílias. Observa-se que a exigência por participação nos serviços de saúde é requerida quanto mais se evidenciam as deficiências das próprias instituições públicas, que delegam à família a responsabilidade pelo preenchimento das lacunas causadas pelo sucateamento dos seus serviços (Miotto, 2012). Assim, são desconsideradas as condições materiais de organização de tempo e recursos, bem como são transpostas questões sociais para o próprio usuário.

Nesse sentido, a incorporação de processos cujas respostas deveriam ser responsabilidade do Estado enquanto compromisso individual ou nuclear também pode ser observada na construção das *queixas* e *demandas* em Saúde Mental. A partir do relato dos(as) entrevistados(as), foi possível elencar os principais motivos de procura pelos serviços de saúde. O que nos chama a atenção, é justamente a constatação de que muitos desses motivos nos direcionam para a patologização (psiquiatrização ou psicologização) de questões que são de outras ordens e se relacionam com as consequências de um sistema deficitário que ascende cada vez mais novas formas de adoecimento.

Nos relatos dos(as) entrevistados(as), uma série de transtornos/condições psiquiátricas foram citados enquanto as principais demandas dos serviços de saúde, tais como: *Transtorno do Espectro Autista; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Transtorno Opositor Desafiador; Atraso de desenvolvimento; Transtornos de aprendizagem; Transtorno de Ansiedade Generalizada; Transtornos de Humor; Tentativa de suicídio; Autolesão e Abuso de substâncias*. Todos(as) os(as) profissionais ressaltam um aumento na busca por intervenções médico-psiquiátricas e psicológicas, que demonstram um recorte da situação atual na rede pública de saúde e nos consultórios particulares condizente com o que foi encontrado na literatura.

É preciso problematizar, contudo, a redução do atendimento em saúde ao tratamento endereçado à algum diagnóstico psiquiátrico, como se a sua nomeação precedesse ou fosse indispensável ao andamento do cuidado. Com essa perspectiva, as queixas se tornam demandas individualizadas e apontam para um “problema” no sujeito, na sua forma de ser e existir no mundo. São desconsiderados os elementos que constituem a produção do sofrimento psíquico, sendo este uma manifestação que não necessariamente deve ser descrita ou compreendida nosologicamente – o que nos leva a retomar a integralidade do cuidado e a busca por uma compreensão do sofrimento psíquico para além da sua aparência fenomênica.

Nesse sentido, durante as entrevistas outro tipo de “demanda” foi relatada pelos(as) entrevistados(as): as entendidas como “sociais”. Foram citadas situações de *discriminação*

*racial; homofobia; bullying; evasão escolar; violência doméstica e intrafamiliar; alienação parental; além de demandas produzidas pela pandemia, atravessamentos de gênero e o incômodo social incessante pelos comportamento ditos “desviantes”.* Mesmo que a maior parte dos profissionais tenha feito uma separação entre as demandas consideradas psiquiátricas e as experiências sociais produtoras de sofrimento, as compreendemos enquanto unidade. Se por um lado o reducionismo médico-positivista individualiza o sofrimento e centraliza seu olhar nos “sintomas” captados pelos manuais diagnósticos, a realidade subjetiva-objetiva aqui descrita nos diz sobre a produção social do sofrimento psíquico, que é determinada pela realidade que as crianças e adolescentes vivenciam.

Para compreender melhor os encaminhamentos recebidos pelos(as) profissionais entrevistados(as) e dar sequência à essa discussão, colocaremos em destaque algumas experiências de acolhimento dessas demandas que demonstram a tentativa de mascaramento ou psiquiatrização das questões sociais. Em um primeiro momento, foram relatados encaminhamentos principalmente relacionados a comportamentos inadaptados ou desviantes, com uma busca recorrente por diagnósticos que supostamente os justifiquem ou por tratamentos que desenvolvam mudanças de comportamento nas crianças e adolescentes atendidos – sejam eles patológicos ou não, como demonstram os excertos a seguir:

*Eu tive encaminhamento pra psicoterapia, de uma criança que fazia muita piada na sala de aula. E era essa a demanda. Fazia muita piada na sala de aula, fazia muitos colegas rirem, e isso atrapalhava a aula, né? Eu tive encaminhamento da escola porque a criança de 5 anos se recusava a usar óculos... e ela era a única criança daquela turma que usava óculos e ela se recusava a usar óculos, né, então eles mandavam pra psicoterapia. (Psicólogo 3- atuante na atenção primária, 2023).*

*Das crianças, as mães levam porque é muito agitada, não para, querem avaliar o TDAH também. Tive uma criança com suspeita de TOD porque a criança era muito teimosa, dificuldade de obedecer, de obedecer comandos. (Médica 2- atuante na atenção primária, 2023).*

Assim, o campo da saúde mental vai se constituindo como espaço de busca de garantia da adaptação social. Com esses relatos podemos observar que comportamentos infantojuvenis próprios da infância e da adolescência, não têm sido tolerados, muitas vezes por não atenderem expectativas disciplinares e revelarem a fuga à obediência que lhes é imposta (Luengo, 2010;



Leonardo & Suzuki, 2016). Um dos psicólogos entrevistados corrobora com esse apontamento, descrevendo que esperam dele uma “operação de milagres”, numa tentativa de conserto das formas de agir que são consideradas inadequadas para uma criança para determinados ambientes:

*Essa criança “TOD” que eu atendia, ela gostava muito de correr pra minha sala... da parte da recepção até a minha sala pra se esconder, pra eu tentar encontrar ela. Ela gostava muito disso. E daí, enquanto ela corria, eu ouvia de enfermeiras, por exemplo “dá um jeito no teu piá!” sabe? “dá um jeito nele!”. De novo num sentido de... a minha atuação, no imaginário da galera, precisa ser educar, precisar ser moralizante... num sentido de “isso é certo, isso errado” “isso é um comportamento bom...” (Psicólogo 3- atuante na atenção primária, 2023).*

Essa associação entre Saúde Mental e adaptação social é construída entre os limites do *normal* e o *patológico*, dentro de uma estrutura político-social que espera sujeitos adaptados, que não questionem o cumprimento das normas (Canguilhem, 2009). Esse limite é estabelecido a partir do MPC e da sua organização, que produz exigências e critérios a serem cumpridos. As crianças e adolescentes não escapam dessas medidas disciplinares, que para além de uma tentativa de contenção de comportamentos, se tornam essenciais para um vir a ser de futuros trabalhadores adaptados aos processos exploratórios.

Exemplarmente, outro atravessamento que também se relaciona com a individualização e mascaramento das demandas psiquiátricas, são as experiências de racismo relatadas por uma médica e um psicólogo entrevistado, com encaminhamentos que culpabilizam a própria criança pela reatividade em vista de comentários discriminatórios vivenciados na escola:

*Tem uma situação que me chamou muita atenção, é o filho de uma mulher que sempre atendo na UBS. A mãe é cozinheira na mesma escola em que ele estuda e a escola pediu a avaliação, porque ele tava brigando com os colegas... e ele “ah, eles ficam xingando minha mãe”. E ela é uma mulher negra, aqui é uma cidade muito racista, né... e eu perguntei se poderia ter a ver com a cor da pele ou algo nesse sentido, a mãe falou que sim, e perguntei se eles também tinham falado com os pais desses outros coleguinhas e a mãe respondeu que “ah, doutora, eu já to lá na escola mesmo então eles acham mais fácil falar comigo do que chamar os outros pais”... então por isso que sempre chamam ela. E aí, o que eu fiz, eu mandei uma carta pra escola e descrevi para*

*observarem se estava acontecendo alguma situação de racismo. E ele não voltou, mas não sei se resolveu.* (Médica 2- atuante na atenção primária, 2023).

Conforme apontam Gondim e Sant’Anna (2021), o racismo estrutural que perpetua, de forma velada, a exclusão social e a vulnerabilidade sistêmica da população negra, silencia as violências sofridas na vida cotidiana, na cultura, no trabalho e nas relações interpessoais. Segundo as autoras, essa estrutura evidencia as desigualdades e iniquidades sociais em saúde, que não devem ser analisadas de forma linear ou fragmentada, mas associada à intersecção dos processos de dominação de classe e de raça, historicamente estruturados e estruturantes da sociedade brasileira. Além disso, a ideologia racista promove lugares diferenciados e hierarquizados às pessoas brancas, pretas, pardas, amarelas e indígenas que compõem o cerne da constituição da realidade subjetiva-objetiva da nossa população.

Esse processo de patologização atrelado à discriminação racial e ao pauperismo, constatado por Patto (2022) desde a década de 1980-1990, permanece uma constante nas queixas escolares na realidade dos entrevistados. Aqui destacamos também, a impunidade dos colegas – provavelmente brancos – que atuam no conflito, enquanto a criança preta e sua mãe são as pessoas responsabilizadas pela própria discriminação sofrida. O desvelamento do racismo, enraizado na história escravocrata brasileira, é percebido a partir de situações como essa, em que são naturalizados os comportamentos assediadores das pessoas brancas e punidos os comportamentos defensivos das pessoas pretas (Gondim & Sant’Anna, 2021). E, nesse caso, a “punição” é conseqüentemente o encaminhamento para tratamento em serviços de saúde – um atestado dessa tentativa de culpabilização individual de questões sociais e coletivas:

*Acaba acontecendo também uma psicologização de questões sociais... por exemplo, a criança sofre racismo, então eles mandam pra saúde, pra psicoterapia individual pra fortalecer essa criança. Mas, é uma questão social, será que a gente precisa trabalhar só na pessoa que está sofrendo racismo?* (Psicólogo 3- atuante na atenção primária, 2023).

Para além, retomando a centralidade dada à família em várias entrevistas, observamos a presença de conflitos familiares e transgeracionais nos relatos de acolhimento dos entrevistados, com situações de *violência doméstica, alienação parental, homofobia e intolerância* por parte dos responsáveis frente às consideradas “escolhas” pessoais de seus filhos. Consideramos que esses elementos são constitutivos das manifestações de sofrimento

psíquico de muitas crianças e adolescentes. Durante a pesquisa foram feitas correlações entre sintomas de ansiedade, humor deprimido e uso de substâncias com a situação de conflito familiar que os pacientes estavam, segundo eles, vivenciando. Ou seja, mesmo com os apontamentos de queixas psicológicas e psiquiátricas, a *determinação social* aparece em destaque – demonstrando que o “sintoma” na verdade nos diz sobre o modo como a vida e as relações seguem organizadas sob esse cenário produtor de diferentes formas de sofrimento.

No período da pandemia de COVID-19, Saviani e Galvão (2021) afirmam que muitas queixas foram produzidas em decorrência do isolamento social, aumento do desemprego, da vulnerabilidade emocional e insegurança alimentar, por exemplo. Jovens afastados das escolas, com uma retomada breve dos estudos com o uso de tecnologias que não eram adequadas ou plenamente acessíveis para toda a população, limitações nas interações sociais e nas mediações educacionais e de desenvolvimento, engrossaram o caldo do caótico cenário nacional durante os anos de 2020 e 2021 (Saviani & Galvão, 2021). Em consonância, os chamados quadros de depressão e ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia (OMS, 2022).

No campo da Saúde Mental, os serviços de saúde passaram a receber cada vez mais demandas por atendimento, com queixas de *atrasos psicomotores, atrasos de linguagem e dificuldades escolares*, para além da *evasão escolar e jornada dupla de estudo e trabalho de adolescentes* que foram obrigados, pelas circunstâncias, a contribuir com a renda familiar – de acordo com o relato dos(as) entrevistados(as). Segundo a OMS (2022), em todos os países, as pessoas de classe mais baixa apresentam mais fatores de risco para o desenvolvimento de demandas em Saúde Mental, bem como também são as menos propensas a receber serviços adequados – o que foi agravado no período de pandemia. Em que pese essas afirmativas, partimos do entendimento de que o que a OMS nomeia como mais um “fator de risco”, precisa ser analisado como determinante da gênese de todo sofrimento, pois todo sofrimento se funda no modo como produzimos e reproduzimos a vida e as relações.

Ademais, ainda que não se reconheça a complexidade desta determinação, conforme aponta uma das profissionais ouvidas, algumas demandas deveriam ser avaliadas usando outro crivo. Uma das médicas entrevistadas apontou que depois da pandemia, o serviço em que trabalhava assumiu que “*as dificuldades seriam o novo normal por um tempo*” e que as intervenções deveriam aguardar esse tempo de latência entre os “sintomas” atuais que se apresentavam e a nova fase de readaptação e integração social (Médica 3- atuante na atenção primária, 2023). No entanto, a realidade evidenciou um grande movimento de patologização desses diferentes modos de expressão, com a crescente chuva de diagnósticos que foram

atribuídos ao público infantojuvenil – principalmente em relação aos chamados transtornos do neurodesenvolvimento (Almeida & Neves, 2020). Novamente, tem-se uma inversão de análise, que individualiza e generaliza as demandas produzidas no interior das relações sociais.

De acordo com a OMS (2022), 20% da população mundial de crianças e adolescentes encontram-se em um quadro de transtorno mental, sendo que quase 1 bilhão de pessoas – incluindo 14% de adolescentes – possuem algum diagnóstico psiquiátrico. Sobre essa questão, um dos médicos entrevistados traz uma reflexão sobre as nomeações diagnósticas sendo feitas de forma apressada, sem a compreensão integral e longitudinal da situação social de desenvolvimento da criança. Ele aponta que dado o diagnóstico, tem-se um rótulo e um estigma que não será retirado, mesmo que se prove que aquela criança ou adolescente não apresentam mais as características nosológicas após a mediação de possibilidades de desenvolvimento:

*Tem casos, que ela está com atraso no desenvolvimento, põe na terapia e essa criança melhora. Dali a um ano, já não tem nada de sintoma, não tem mais prejuízos com aquilo, e ficou, foi feito a entrega do rótulo. (Médico 4- atuante na atenção secundária, 2023).*

Vale ressaltar que não negamos a existência de diferentes expressões de adoecimento/sofrimento desde a infância e adolescência. O que trazemos aqui não é uma negativa ou deslegitimação da qualidade do sofrimento de qualquer pessoa, mas um questionamento sobre as formas de construção das categorias diagnósticas e do modo como estas têm sido ampliadas e distribuídas ante as mais variadas queixas que envolvem crianças e adolescentes. Nomear o sofrimento pode, em situações específicas, se mostrar condicionante de melhor compreendê-lo ou até de obter auxílios em termos práticos, como o acesso a direitos sociais. Entretanto, a hiperprodução de categorias nosológicas e a excessiva produção de laudos infantojuvenis não significa necessariamente um avanço científico (Pande, 2016). Uma vez que, “o rótulo da doença acaba por obscurecer e naturalizar a gênese do sofrimento psíquico”, além das demais potencialidades e características que integram a totalidade do seu ser no mundo, constituindo uma visão reducionista e restritiva sobre estes indivíduos (Almeida, 2018, p. 322).

Por outro lado, acreditamos que é preciso trazer a crítica de que até mesmo diante daqueles casos em que a existência do adoecimento psíquico se mostra inquestionável, como naqueles graves e persistentes como as psicoses e algumas neuroses. Nessa direção, tomando o estudo da esquizofrenia em uma perspectiva histórico-cultural, Ferreira (2017) nos lembra

que as desigualdades geradas pelo capitalismo produzem uma formação unilateral da personalidade. Isso por si, pode intensificar as expressões de alienação à medida que, de um lado cria uma vida ideal de vida, a vida que o sujeito almeja, e de outro, escancara a vida real, aquela que efetivamente o sujeito não conseguirá acessar. A autora observa que não se trata de afirmar que o sistema em si produz a sintomatologia, a doença, mas que está na essência do capitalismo gerar isolamento, cobranças por produtividade e tipos ideais, que acirram o sofrimento e levam à sua cronificação. Ou seja, até mesmo quando o “adoecimento” existe, são as relações estabelecidas que delinearão o modo de viver e sentir o sofrimento.

Dentre os *desafios* apontados pelos entrevistados, o acolhimento e o manejo clínico dos diagnósticos se destacaram e apresentaram particularidades importantes a serem mencionadas. A banalização das nomeações psiquiátricas e o vocabulário psicologizante foi destacado por um psicólogo e duas psicólogas, bem como por um médico e duas médicas. Todos os profissionais identificaram uma grande expectativa por prescrição de diagnósticos ou medicações, tanto por parte das famílias, como da escola ou dos pacientes. Aqui se observa uma inversão do discurso médico, em que os próprios profissionais dos serviços de saúde são as pessoas que questionam a conduta dos usuários, que apresentam seus sintomas direcionando a conclusão para a indicação da existência de um transtorno psiquiátrico.

*Tem sido relativamente difícil desconstruir esses nomes e fazê-los falarem o que está acontecendo. Eles já têm dificuldade de falar... “está agitado” “ah, ele está agressivo”, até esse relato dos pais... tem sido difícil de ver os pais falando. Eles se apegam muito às palavras que já aprenderam. E normalmente a palavra já vem com o diagnóstico que eles estão pensando. Então, às vezes eles falam que a criança é agitada. Mas se ele falar que acha que a criança é hiperativa, eu já sei que ele está pensando que é TDAH. Aí tem todo um trabalho de dizer, ó, vamos esquecer esse diagnóstico. Depois, se a gente precisar, a gente volta. Me conte o que está acontecendo, o que incomoda. É quase uma pedagogia do que falar e de como falar, no início. (Médica 3- atuante na atenção primária, 2023).*

Nesse sentido, uma das psicólogas observa um sentimento de decepção por parte das famílias quando após o atendimento os pacientes não recebem um diagnóstico, como se este fosse essencial para a compreensão das manifestações de sofrimento da criança. Essa situação demonstra que o acolhimento dessas demandas, passa pelo que nos aponta a Médica 3- atuante na atenção primária, ou seja, por uma *pedagogia do que falar e de como falar*, resgatando a

percepção dos familiares e dos próprios pacientes das situações e sentimentos que realmente passam e vivenciam, afastando-os do vocabulário psiquiatrizado e psicologizado dos diagnósticos “caseiros”, fundamentados em conhecimentos da internet ou de alguma opinião alheia e despreparada. Sobre essa questão, uma das psicólogas entrevistadas também acrescenta,

*Eu percebo que os adolescentes que eu atendo, eles têm um vocabulário muito psicologizado assim às vezes, então, tipo, ao invés de falar que eles ficaram tristes, eles falam, “entrei em depressão”. Ao invés de falar que aconteceu uma coisa muito difícil, eles falam que eles sofreram um trauma muito grande. Ou que eles tem um “hiperfoco” em algo que gostam muito. (Psicóloga 4- atuante no Centro de Defesa dos Direitos das Crianças e Adolescentes, 2023).*

Desta forma, o modo como se dá o acolhimento muitas vezes visa minimizar a busca imediata por um rótulo ou uma nomeação que justifique comportamentos e modos de expressão de sofrimento que estão se destacando, atrelados à situação social de desenvolvimento da criança/adolescente e que pedem outras possibilidades de mediação e acompanhamento que não sejam psiquiátricos, como nos incita a pensar o trecho a seguir:

*Eu lembro de uma vez que eu falei pra uma mãe isso, que a gente não tinha entendido que a filha dela era autista, por exemplo, e ela ficou triste... Ela falou que ela estava triste porque agora ela não sabia mais o que fazer, porque se não era um diagnóstico que tinha é... um caminho certinho, “então tem esse diagnóstico, é TDAH, ou é autismo, então vai tomar essa medicação” aí ela já saberia exatamente como resolver aquele problema... ela estava assim, sem entender o que ela poderia fazer em relação àquilo. (Psicóloga 4- atuante no Centro de Defesa dos Direitos das Crianças e Adolescentes, 2023).*

Isso nos remete novamente às discussões de Sanches e Amarante (2014) sobre patologização, e, conseqüentemente, os processos de medicalização que vêm sendo observados cada vez mais presentes nos serviços de saúde, fato também apontado por todos os(as) profissionais entrevistados. Para Rego (2017), constata-se uma crescente multiplicidade de diagnósticos, laudos e ações terapêuticas, que tem por justificativas os incontáveis “se”: se não aprende, se não é ativa, se é apática, se não socializa, se não concentra, se é esquecida, etc. E

nesse processo, a maior parte das crianças também são submetidas a tratamentos medicamentosos que regulam, limitam e silenciam. Na atualidade, os medicamentos têm sido vistos como produtos fetichizados, externos aos sujeitos e detentores do poder de restabelecer o bom funcionamento do ser humano, inclusive das crianças (Morais, 2022).

Durante o andamento das entrevistas, foi relatada a observação do uso de *medicação como medida disciplinar*, como *medida para camuflar um desconforto social* sobre o comportamento da criança ou até mesmo *indevidamente prescrito*. Quatro dos(as) entrevistados(as) destacam diferenças entre a relação de ocorrência da medicalização entre as classes sociais, sendo as classes mais pauperizadas as mais medicadas – considerando que a maior parte deles atuam na rede pública e particular de saúde. Assim, uma das médicas destaca que

*Até as crianças, por exemplo, que eu atendo no particular, vejo que tem diferença, porque tem acesso à melhor escola, há mais coisas durante o dia a dia. Eu vejo que elas usam menos medicação, às vezes nem precisa, consegue responder só com outras intervenções. E no público acaba acontecendo o contrário, uma pressão até para a criança medicar numa coisa que você sabe que poderia, deveria ter tido outra intervenção antes, do que não tem como conseguir, não tem como providenciar.* (Médica 3- atuante na atenção primária, 2023)

Desde os primórdios da Reforma Psiquiátrica Italiana, Basaglia (2010) alertava sobre as diferenças na qualidade da produção do sofrimento e do acesso a determinadas formas de acolhimento entre as classes sociais mais abastadas e pauperizadas. Costa (2023) também acrescenta que as condições materiais de classe têm impacto fundamental na possibilidade ou impossibilidade de acessar um tratamento. No que concerne à infância, os estudos sobre a produção do fracasso escolar feitos por Patto (2022) destacam a prevalência de produção de laudos e medicalização das crianças pobres em contraste com as crianças de classe média/alta – uma vez que se ignoram as dimensões política e social desses enfrentamentos e se centram no plano das diferenças individuais de capacidade. Ou seja, as condições materiais de existência determinam a forma como a intervenção será encaminhada, assim como ilustra a fala da médica acima.

Em consonância, a Psicóloga 2- atuante na atenção secundária e a Psicóloga 4- atuante no Centro de Defesa dos Direitos das Crianças e Adolescentes, compartilham experiências vivenciadas na saúde e na educação de crianças medicalizadas que tiveram mudanças de

comportamento observáveis. Existe uma narrativa de docilização, que atribui à medicação a tarefa de “acalmar” a criança para que ela consiga estar em ambientes sociais ou educacionais e se comporte da maneira esperada, sem levar em consideração o período de desenvolvimento e a vivência subjetiva e objetiva em que as crianças se encontram, como analisa um dos entrevistados:

*Eu já recebi crianças que depois de medicadas não queriam brincar, da forma que os pais colocaram ela na cadeira na minha frente ela ficou...e criança que não quer brincar... terrível, né? que tipo de infância... E aí eu fui conversar com o professor e o professor “nossa, mas ele melhorou tanto... ele não tá batendo em ninguém” sabe? mas ele não tá nem erguendo o braço... era uma criança que corria e brincava de dinossauro... pra chegar num ponto de “quer brincar fulaninho?” (Psicólogo 3-atuante na atenção primária, 2023).*

Esse desafio é apontado pelos(as) entrevistados(as) enquanto um aspecto da sua atuação e manejo que exige um posicionamento. A Psicóloga 4- atuante no Centro de Defesa dos Direitos das Crianças e Adolescentes (2023) aponta que “*enxergar as pessoas para além dos diagnósticos e criticar a medicalização é um movimento contra a corrente*”, enquanto a Médica 1- atuante na atenção primária (2023) diz: “*eu tento explicar que não é a minha prioridade o diagnóstico psiquiátrico, mas não tem como fugir disso*”. Desse modo, destacamos a potência desses relatos, que escancaram os processos que permeiam as vivências dos entrevistados, em relação ao acolhimento, demandas e desafios, bem como suas impressões sobre as possibilidades intervenção frente às particularidades que constituem o campo da Saúde Mental Infantojuvenil.

Em suma, as questões aqui discutidas nos ajudam a estabelecer um caminho para a compreensão da gênese social do sofrimento psíquico na infância e adolescência, trazendo à tona o que está por trás das aparências daquilo que se nomeia sofrimento – um transtorno ou condição bio-psíquica. Uma queixa de violência traduzida em transtorno de humor, desafios da vida cotidiana lidos como ansiedade, conflitos disciplinares que levam à diagnósticos de TOD ou TDAH, racismo endereçado ao psicólogo enquanto demanda individual... Tudo isso retoma a determinação social dos processos saúde-doença, que desvela as contradições do modo de produção capitalista na constituição das formas de adoecimento/sofrimento que acometem a infância.



#### 4.2.2. Núcleo de Significação 2: *A concepção de sofrimento psíquico e o manejo de suas expressões*

Neste momento, a partir da produção desse panorama que retrata as possibilidades de atuação em Saúde Mental em diferentes realidades brasileiras, nos debruçamos sobre a tentativa de compreender as manifestações do sofrimento psíquico infantojuvenil. Para tanto, retomamos duas categorias fundamentais para Psicologia Sócio-Histórica: os conceitos de sentido – dinâmico e inesgotável, constituído a partir da experiência individual para além da formalidade; e significado, representação estável/convencionada daquilo que se nomeou pela cultura de uma determinada forma.

Nas entrevistas realizadas, a concepção de sofrimento se mostrou atrelada não apenas ao seu significado formal, mas trouxe as singularidades produzidas a partir de cada realidade, pessoal e profissional, experienciada. A pergunta que guiou essa discussão – *o que você considera como sofrimento psíquico?* – foi declarada a mais difícil de ser respondida pelos(as) entrevistados(as), que titubearam entre definições genéricas, como a tentativa de unidade biopsicossocial ou a descrita pelos manuais diagnósticos como um fenômeno que traz prejuízos à qualidade de vida, mas, também contemplaram as influências sociais que são percebidas enquanto protetivas ou adoecedoras. Observamos que dentre os oito profissionais, houve unanimidade na compreensão de que os processos de saúde e doença são determinados ou possuem influências da qualidade das condições de vida das crianças e adolescentes. No entanto, algumas nuances que atravessam, compõem e articulam esta afirmativa merecem ser destacadas.

O principal aspecto que norteia a condução desta análise se dá a partir das contradições apresentadas nas narrativas dos(as) entrevistados(as). Contradições que denotam a artilosidade do modo capitalista de produzir e reproduzir a vida. Por um lado, foi possível observar entre os profissionais ouvidos um discurso crítico sobre a banalização da precariedade das condições materiais de existência da população brasileira, que desenvolvem processos de adoecimento físico e mental, mas, por outro, sutilezas que demonstram uma compreensão baseada no sucesso ou fracasso individual do jogo da vida. Ou seja, o sofrimento atrelado às possibilidades e impossibilidades de produzir, de estar em movimento dentro da lógica do mercado, de realizar suas atividades e obrigações diárias.

Para melhor evidenciar os entrelaçamentos desse discurso, apresentamos preliminarmente, no quadro abaixo, os principais *significados* atribuídos historicamente aos conceitos de *saúde, doença, sofrimento psíquico e transtorno mental*, privilegiando entidades

de referência na área da saúde, para que, na sequência, relacionarmos suas aproximações e distanciamentos com as concepções trazidas pelos(as) entrevistados(as).

**Quadro 2 – Principais conceitos dos processos de saúde e doença**

<b>Conceito</b>	<b>Organização Mundial da Saúde (OMS)</b>	<b>Sistema Único de Saúde (SUS)</b>	<b>Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)</b>	<b>Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição (CID-11)</b>
<b>Saúde/Saúde Mental</b>	Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades.	A saúde é entendida como um direito de todos, abrangendo não apenas a ausência de doenças, mas também a promoção do bem-estar, inclusão social e qualidade de vida.	Não existe uma definição específica no DSM-V, mas o conceito de saúde mental é implícito, associando ao equilíbrio emocional e funcionamento psicológico adequado.	A saúde, assim como a OMS, envolve o bem-estar físico, mental e social. A CID-11 foca mais em questões clínicas e diagnósticas, mas reconhece a importância do estado de bem-estar.
<b>Doença</b>	Refere-se a distúrbios biológicos ou fisiológicos que afetam o funcionamento normal do corpo, podendo causar sintomas de sofrimento físico ou mental.	A doença no SUS é vista como qualquer condição que afete a saúde das pessoas, levando à incapacidade, sofrimento e necessidade de tratamento.	No DSM-V, a doença mental é abordada sob a forma de transtornos mentais, sendo definidos como padrões de comportamentos ou emoções significativas, com repercussões no funcionamento diário.	Na CID-11, doença é entendida como uma condição que resulta em anormalidades biológicas ou psicológicas que impactam a saúde física e mental. Inclui uma ampla gama de condições.
<b>Sofrimento Psíquico</b>	Não é diretamente definido pela OMS, mas implica em desconforto emocional, psicológico ou mental que pode ser resultado de fatores estressores, traumas ou problemas emocionais.	O sofrimento psíquico é reconhecido como um problema de saúde que pode afetar a qualidade de vida das pessoas, sendo tratado por meio de cuidados e apoio psicológico.	Sofrimento psíquico no DSM-V é geralmente abordado como angústia significativa, dificuldades emocionais ou psicológicas, com sintomas de ansiedade, depressão, entre outros.	O sofrimento psíquico na CID-11 pode ser resultado de transtornos emocionais, afetivos ou comportamentais, e é caracterizado por sinais como tristeza, desânimo, insegurança, etc.

<p><b>Transtorno Mental</b></p>	<p>A OMS define transtornos mentais como condições de saúde que afetam o pensamento, a emoção, a percepção ou o comportamento, prejudicando o funcionamento diário da pessoa.</p>	<p>O transtorno mental no SUS é visto como uma condição que exige cuidados especializados, com foco em tratamento e apoio social. A atenção integral é promovida por meio de serviços de saúde mental.</p>	<p>O DSM-V descreve transtornos mentais como distúrbios significativos no pensamento, no humor e no comportamento, causando sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas.</p>	<p>A CID-11 descreve transtornos mentais como distúrbios que afetam a cognição, o comportamento e as emoções, podendo envolver uma ampla gama de condições, como transtornos de ansiedade, depressão, entre outros.</p>
---------------------------------	---	--	--	---

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Reunir esses conceitos em um quadro, na tentativa de melhor visualizá-los, desvela a tarefa de resgatar a historicidade de sua construção. Ao longo do tempo, a humanidade desenvolveu distintas concepções de saúde que foram convencionadas a partir de algumas destas entidades. Para Albuquerque e Silva (2014), essas concepções foram moldadas, por um lado, pelo grau de controle exercido sobre a natureza e pela maneira predominante de interpretar a realidade objetiva em diferentes períodos históricos; e por outro, refletem as demandas e interesses hegemônicos de cada época, especialmente no que diz respeito ao funcionamento do corpo e de seu uso. No campo da epidemiologia, assim como já mencionado anteriormente, os principais modelos de compreensão dos fenômenos mórbidos dividem-se entre o unicausal, que atribui a origem das doenças a um agente etiológico único e específico; e o multicausal, que reconhece a dimensão biopsicossocial que compõe os indivíduos (Viapiana et al., 2018).

As diferenças entre as abordagens analisadas refletem as tensões entre uma tentativa de visão ampliada sobre os processos de saúde e doença, que inclui aspectos biológicos, sociais e culturais, e uma abordagem biomédica e diagnóstica, que prioriza critérios objetivos e clínicos de afetação individual. No mais, nos chama a atenção as palavras que se utilizam nas definições, como no caso da saúde enquanto estado de *completo* bem-estar físico ou *equilíbrio* físico/emocional; bem como o sofrimento psíquico sempre atrelado a decorrência de uma condição de doença ou transtorno mental, ou com a possibilidade do seu desenvolvimento. Todas as entidades que engendraram as referidas definições também ressaltam a relação desses processos com o conceito de *funcionalidade*.

Cabe destacar que tais perspectivas fundam-se em uma concepção intrapsíquica dos fenômenos, que se dariam de dentro para fora como uma encarnação do bom ou mau

funcionamento individual. Enquanto característica singular, o processo saúde-doença é equivocadamente atribuído à alterações do organismo isolado, que interferem nas relações e na qualidade das vivências objetivas. Nesses moldes, “são e normal é o indivíduo que não sofre por acessos paralisantes de angústia, que pode desenvolver seu trabalho cotidiano sem alucinar perigos ou imaginar conspirações”, adaptando-se ao meio e atendendo às demandas econômicas e familiares sem afetações degradativas (Martin-Baró, 2017, p. 252).

Para a OMS e, principalmente, os manuais classificatórios, a doença é entendida como uma manifestação ontológica, que cabe em qualquer contexto independente das condições objetivas. A psiquiatria moderna, em sua transposição psicodinâmica para a neurobiologia, constrói uma compreensão biologicista dos transtornos mentais, em uma tentativa de localização e restrição dos fenômenos psíquicos ao âmbito orgânico/cerebral (Viapiana et al., 2018). São “distúrbios” ou “anormalidades” biológicas e fisiológicas, que geram padrões de comportamento, formas de pensar e sentir disfuncionais ou desadaptativas que justificam as intervenções médicas e farmacológicas. Com a prevalência desta concepção, perde-se de vista o que está por trás do desenvolvimento desses processos, deslocando e fragmentando o sujeito dos modos de produção de vida e reduzindo suas experiências a um sintoma ou estado psíquico/comportamental.

Mesmo que a multicausalidade possa ser considerada como um avanço nas discussões hegemônicas, considerando o indivíduo para além da sua esfera orgânica, Breilh (2006) aponta o caráter hierárquico – e não complementar – que o *social* desempenha na constituição subjetiva, bem como na determinação dos processos saúde-doença. Ou seja, “não se trata de uma mera “influência” do social no bio ou psico – e vice-versa. Trata-se do caráter social do “bio” e do “psico”, isto é, dos indivíduos” (Costa, 2023, p 65). Sob esta perspectiva, o SUS é a entidade que mais se aproxima de uma compreensão marxista de Saúde Coletiva, reconhecendo a importância da qualidade das condições de vida, da inclusão social e promoção de bem-estar enquanto direito de todos.

Recuperamos e sistematizamos as principais definições conferidas pelos(as) entrevistados(as) sobre o que concebem por sofrimento psíquico, suas influências ou determinações. No quadro a seguir trazemos um breve resumo das palavras-chave utilizadas por eles, ou frases que demarcam, em nosso entendimentos, as percepções prevalentes.

### **Quadro 3 – Concepções dos(as) entrevistados(as) sobre o sofrimento psíquico**

Identificação	Compreensão sobre sofrimento psíquico	Influências/determinações
---------------	---------------------------------------	---------------------------

<b>Psicólogo 1</b>	Condição que traz prejuízos na qualidade de vida	Família; escola; ambiente
<b>Psicóloga 2</b>	Condição que traz restrições para as possibilidades de vida	Multideterminado; questão social, econômica e familiar; escola
<b>Psicólogo 3</b>	Condição que traz prejuízos na qualidade de vida	Multideterminado; questão social, econômica e familiar; escola
<b>Psicóloga 4</b>	Experiência emocional que causa uma desestruturação	Determinado pelas condições de vida no capitalismo
<b>Médica 1</b>	Condição inerente à existência humana; pode causar alterações de comportamento	Escola; família; ambiente
<b>Médica 2</b>	Condição que traz dificuldades no desempenho das tarefas do dia a dia; sofrimento com sintomas frequentes e persistentes	Determinado pelas condições de vida no capitalismo
<b>Médica 3</b>	Mal-estar que afeta a qualidade de vida	Multideterminado; questão social, econômica, familiar; escola
<b>Médico 4</b>	Condição que traz perda da autonomia ou liberdade	Determinado pelas condições de vida no capitalismo

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Nos relatos dos(as) entrevistados(as), os sentidos singulares refletidos nas definições expostas, perpassam essas palavras em destaque, assim como a Médica 2- atuante na atenção primária, (2023) relata: *“pra mim, sofrimento psíquico é a pessoa ter dificuldade para desempenhar as atividades do dia a dia, do que ela considera normal pra ela”*. No entanto, a maior parte dos(as) profissionais(as) demonstraram uma visão crítica que vai além dessa formalidade, que é complementada pela mesma médica, ao dizer que essa dificuldade tem uma conotação negativa pela *expectativa de produtividade imposta pelo capitalismo*. A ideia de normalidade ou saúde associada à aptidão e bom desempenho das funções civis remonta ao movimento higienista, que acreditava ser possível produzir uma nação forte, próspera e civilizada, por meio da higienização das mentes. A disciplina e o trabalho concorriam para a produtividade almejada e a saúde se tornava uma expectativa para que estes fins fossem atingidos. Destarte, no sistema vigente, ao passo que a saúde segue transformada em mercadoria, vê-se a impossibilidade de uma completude ou equilíbrio que decorra meramente de esforços individuais.

Cabe destacar igualmente uma diferenciação entre a compreensão de uma condição nomeada como “multideterminada” daquela considerada “socialmente determinada”. Enquanto a primeira vai ao encontro do modelo multicausal, que fatora os aspectos constituintes da produção de saúde e doença entre o social, o psíquico e biológico, a determinação social aponta para a hierarquia desconsiderada na primeira perspectiva – que iguala e fragmenta as “múltiplas determinações”, ao invés de considerar a estrutura societária como condicionante de experiências potencialmente adoecedoras e produtoras de diferentes expressões de sofrimento. Embora alguns dos entrevistados reconheçam os fatores que constituem a realidade subjetiva-objetiva das crianças e adolescentes, tal como a escola, a família, as condições materiais de vida, recorreremos aqui à uma concepção que vai além dessa consideração.

Martín-Baró (2017, p. 251) adverte sobre a necessidade de considerarmos “a materialização, na pessoa ou no grupo, do caráter humanizador ou alienante de uma estrutura de relações históricas” quando colocamos em evidência o problema da Saúde Mental. Segundo o autor, deve-se situar a existência em seu contexto relacional para compreender as manifestações de sofrimento, considerando a própria concepção de constituição subjetiva – histórica e dialética - que se dá no movimento inter para intrapsíquico, e não o contrário. Nesse caminho, a Saúde Mental não envolve um funcionamento satisfatório ou estado individual, mas diz respeito à dimensão das relações entre as pessoas e os grupos, que em sua qualidade determinada pelo meio desenvolve processos de sofrimento, lidos em nossa cultura como sintomas ou síndromes categorizados pelos manuais diagnósticos.

Para além do exposto, os processos de adoecimento/sofrimento foram associados, nas entrevistas, principalmente: a) ao impedimento de realização de tarefas do seu dia a dia; b) à manifestação de algum sintoma; c) à presença de algum transtorno já diagnosticado ou não; d) às dificuldades materiais em relação às condições de moradia, alimentação e lazer; e) às precariedades financeiras para realização de planos e projetos para o futuro profissional ou pessoal. Em relação à infância, especificamente, foi apontada: a) a relatividade entre o que os outros consideram normal/anormal e a própria percepção da criança/adolescente; b) a nuance entre um sofrimento/transtorno e uma dificuldade enfrentada; c) a privação/limitação de qualidade vida e aproveitamento das relações sociais e de lazer; e d) as situações de desconforto geradas por outros (conflitos em família, na escola ou no trabalho).

Assim, a relação dialética entre os significados apropriados e os sentidos produzidos pôde ser observada nas entrevistas. E, na busca pela superação de uma definição conceitual à caminho da compreensão da gênese dessas manifestações, tem-se o atravessamento da *questão*

*social* e dos processos degradativos que constituem tanto o modo de produção capitalista quanto as experiências de sofrimento psíquico. Na contramão do que vem sendo convencionalizado, destacamos a importância da dialética singular-particular-universal enquanto um modo de orientar essas manifestações como produtos que se constituem do externo para o interno.

Para falar sobre a Saúde Mental Infantojuvenil, os(as) profissionais entrevistados(as) traçaram, em nossa concepção, relações entre a situação social de desenvolvimento das crianças e a realidade objetiva em que estas se encontram, com a produção de níveis de sofrimento de qualquer instância. Como discutimos anteriormente, falar em situação social do desenvolvimento significa evidenciar a realidade objetiva formadora dos processos da constituição subjetiva, ao considerar que a maturação biológica não é critério seguro para compreender o nível real de desenvolvimento das crianças e adolescentes. Uma das médicas aponta para o que ela considera como o problema da infância:

*Eu acho que falta isso... a forma de vida tá tão ruim, tá tão difícil, que eu acho que é esse básico da infância, que é só de viver bem, não tá tendo, minha impressão né... Porque eu acho que não estão tendo um básico de uma vida boa (...) E aí mandar uma criança para um caso de especialista, né? Sendo que não tem brinquedo, não tem lazer, não tem diversão, não tem os pais perto para ficar fazendo as coisas, os pais não tem tempo, não tem paciência. (Médica 3- atuante na atenção primária, 2023).*

Para os(as) entrevistados(as), foram consideradas como condições básicas de vida um cenário de seguridade em relação à moradia, alimentação, lazer, saneamento, poder aquisitivo e acesso aos dispositivos de saúde e educação, por exemplo. Sob uma análise marxista, entende-se como ato histórico a possibilidade de produção de meios que permitam a satisfação das necessidades humanas, como comer, beber, ter onde morar, o que vestir... A produção da vida material é uma relação social que ultrapassa a própria natureza, necessária para criação, reprodução e superação das formas de existência (Albuquerque & Silva, 2014). Contudo, quando o mundo sensível é reduzido ao mínimo e os indivíduos são impossibilitados de usufruir da sua própria criação, escancaram-se as contradições entre o capital e o trabalho com o cenário dos usuários aqui apresentados.

Retomando algumas demandas pontuadas ao longo das entrevistas, uma das psicólogas ouvidas observa que as principais questões que chegam ao serviço de acolhimento em que atua,

*São questões de classe social, de falta de acesso por falta de dinheiro mesmo. Então tem muitos adolescentes que eu atendo e que eu já atendi, que não tinham saneamento básico em casa... ou que a casa alaga quando chove, é... que não tinha comida, coisas assim, coisas que não são resolvíveis na clínica. (Psicóloga 4- atuante no Centro de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente, 2023).*

Esses apontamentos nos levam ao reconhecimento das desigualdades sustentadas pelo modo de produção capitalista, que transforma condições essenciais à manutenção da vida em estatística, condições de privilégios para poucos. Tais condições são consideradas pela OMS (2022) enquanto determinantes sociais da saúde, definindo-as como os fatores sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais que afetam diretamente a saúde das pessoas e das comunidades. Esta abordagem busca identificar essas influências e propor intervenções específicas para reduzir desigualdades em saúde e melhorar a qualidade de vida. No entanto, tal perspectiva, apesar de importante, tem sido questionada por sua tendência descritiva e pela ausência de uma análise mais profunda das estruturas sociais que antecedem e perpetuam essas desigualdades.

Embora o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde represente um avanço na superação de perspectivas biologicistas ao reconhecerem fatores como renda, educação e acesso a serviços de saúde na produção dos processos saúde-doença, autores como Breilh (2006), Laurell (1982), e Albuquerque e Silva (2014) criticam sua abordagem fragmentada e descritiva. Para esses autores, o conceito de determinação social oferece uma compreensão mais ampla e crítica, que transcende a identificação de fatores isolados e considera os processos históricos, políticos e econômicos como estruturantes das condições de saúde.

Breilh (2006) enfatiza que a determinação social não se limita a uma influência externa do social sobre o biológico ou psicológico, mas sim ao caráter intrinsecamente social dos processos biológicos e subjetivos, constituídos no contexto das relações de produção e poder. Laurell (1982), ao analisar a saúde como resultado do processo de trabalho e das condições impostas pelas estruturas capitalistas, reforça que a saúde não pode ser compreendida fora das dinâmicas materiais e sociais que a produzem. Nesse sentido, a determinação social implica uma análise dialética que articula as contradições entre os modos de produção, as condições de vida e a organização social na produção da saúde e da doença – que nos direciona para o debate acerca da gênese sócio-histórica do sofrimento psíquico na infância e adolescência.

A individualização daquilo que seria de responsabilidade do Estado, reduz a questão social em demanda de saúde/saúde mental, em uma necessidade de acolhimento que não



ultrapassa a clínica. A Psicóloga 4- atuante no Centro de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente (2023) ainda corrobora dizendo que “*a falta do Estado na vida dessas crianças e adolescentes, ecoa em questões de negligência e violência*”, que conseqüentemente são endereçadas ao campo da Psicologia e Medicina quando desencadeiam processos de adoecimento/sofrimento individuais. Nos moldes das políticas neoliberais, tem-se destinado recursos públicos para o enfrentamento das crises do próprio capital – assim como temos visto no recente pacote de corte de gastos do governo federal<sup>19</sup>, reduzindo os investimentos na proteção social e delegando o atendimento às necessidades da população ao mercado ou, muito frequentemente, às famílias.

Nesse trâmite, as famílias são novamente colocadas no lugar de ação, de resolutividade e encaminhamento para os serviços de saúde. Para além do que já foi discutido no Núcleo anterior, destacam-se as percepções dos(as) entrevistados(as) sobre o estado de hiper responsabilização dos responsáveis, que se sentem culpados e ansiosos com as manifestações de sofrimento de seus filhos. A Médica 3- atuante na atenção primária (2023) relata que a procura por ajuda parece ter se tornado uma jornada da família, uma vez que,

*Não é uma coisa assim só de, ah, aconteceu alguma coisa com meu filho, vou marcar e pedir uma ajuda. É como se tivesse tido toda uma sequência de passagens de pessoas, de situações, de tentativas de buscar ajuda que não foram bem sucedidas e que quando chega até mim é como se já tivesse tido uma longa história nesta busca. E eu acho que isso não é a melhor maneira de começar o atendimento, porque acaba sendo necessário primeiro ter uma parte de acalmar... sabe?*

Essa profissional também observa um sentimento de cobrança atrelado ao de culpa, que faz com que os pais tenham a sensação de que nunca estão fazendo o suficiente. Então, “*mesmo que a criança esteja com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, se ela não conseguir nutricionista... eles têm a sensação de que não estão fazendo o seu papel bem feito*”. Ela também acrescenta que existe uma individualização dos cuidados, que coloca a criança como responsabilidade exclusiva da família, dizendo: “*quando você está na rua e não tem uma cultura de coletividade, de serem todos responsáveis por ajudar uma criança, isso também pesa, gera mais cobranças do que auxílio*” (Médica 3- atuante na atenção primária, 2023).

---

<sup>19</sup> Proposta aprovada pela Câmara dos Deputados em 19 de dezembro de 2024, integra o pacote de medidas do governo para cortar despesas e alcançar a meta fiscal a partir de 2025 (Agência Senado, 2024).

Nesse cenário, ficam evidentes os efeitos psicológicos gerados pela ação dos processos alienantes originados no MPC. Quando a médica supracitada se queixa da falta de “cultura coletiva” recobramos o que postulou Marx (2013) para destacar algumas formas de expressão subjetiva da alienação. Monteiro (1991), citado em Martins (2020) apresenta cinco formas de expressão: 1) o “sentimento de impotência”, que ocorre quando as pessoas se tornam incapazes de compreender suas ações como resultado de escolhas autênticas, submetendo-se às demandas externas como se fossem inevitáveis; 2) o “sentido do absurdo”, que resulta em uma esvaziamento dos valores e objetivos pessoais; 3) o “isolamento”, expresso pela desesperança e individualização da vivência subjetiva; 4) o “auto-estranhamento”, que reflete a tendência neoliberal de atribuir exclusivamente ao indivíduo a responsabilidade pelo sucesso ou pelo insucesso em diferentes esferas da vida; 5) “anomia”, que revela a instrumentalização das relações humanas à lógica do capital e o máximo distanciamento pessoal.

Constitucionalmente e em sequência, o próprio ECA estabelece que a sociedade e o Estado são igualmente responsáveis por essa população (Brasil, 1990). No entanto, são os responsáveis também adoecidos, explorados com cargas horárias de trabalho que não permitem um tempo de qualidade com as próprias crianças, que muitas vezes despendem energia e esforços para proporcionar garantir sua inserção e frequência nos serviços de saúde que ofertam, muitas vezes, acolhimentos pontuais e individualizados. As intervenções, nesse sentido, são direcionadas às crianças e adolescentes como um problema em si mesmo, com comportamentos, modos de pensar e sentir, que precisam de atenção médica ou psicológica, e que nos remetem novamente à psiquiatria e medicalização.

Ao passo que a situação é compreendida no âmbito individual, a Médica 1- atuante na atenção secundária (2023) aponta que *“nunca é visto o entorno, é sempre voltado para a criança”*. São desconsideradas as circunstâncias que determinam as manifestações de sofrimento, como por exemplo uma situação de insegurança alimentar, discriminação racial e de gênero, episódios de bullying na escola, dificuldades financeiras em casa, impossibilidade de lazer ou atividades que contribuam para o desenvolvimento e promoção de saúde; situações que estão para além do alcance dos serviços especializados, assim como a mesma entrevistada complementa: *“e aí eu faço como, né? Se eu não consigo mudar o entorno? Se eu não consigo agir no entorno?”*

A partir desses questionamentos, vê-se a indissociabilidade do meio e das condições em que as crianças e adolescentes se constituem com os processos singulares de adoecimento/sofrimento, que são produzidos sob essas particularidades. Considerando que o desenvolvimento humano não se dá somente pela maturação do aparato biológico, mas é

determinado pelas interações sociais e pelo contexto cultural em que o indivíduo está inserido, concluímos que a produção de sofrimento psíquico também segue essa premissa. Isso significa dizer, que a questão não é a criança ou o entorno, mas sim o processo dialético entre eles, que determina a qualidade da vida, da saúde e da doença. O que o MPC perpetua, contudo, é a naturalização da precarização dessas vivências, assim como aponta uma das entrevistadas:

*É muito difícil falar de saúde no capitalismo, né? Eu acho que com crianças e adolescentes, questões que vão influenciar muito... são as pessoas que estão... as instituições ou enfim, que estão mediando a vida dessa pessoa, dessa criança e adolescente. (...) Então... vai ser muito difícil você encontrar um adolescente que não esteja com algum nível de sofrimento psíquico, se ele não tem acesso a água potável, se ele não tem comida... ele pode até agir ou falar que está tudo bem, porque ele se acostumou com isso, mas a gente sabe que esses são fatores fundamentais para ele ter, para ele viver né? Para além da sobrevivência. (Psicóloga 4- atuante no Centro de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente, 2023).*

Outra profissional, a Psicóloga 2- atuante na atenção secundária (2023) acrescenta que “*muitas vezes a criança está adoecida porque o ambiente é adoecedor*” – demonstrando que as respostas emocionais e comportamentais diante dessas vivências revelam o que está para além das aparências fenomênicas. Embora o aparato biológico seja considerado constituinte da subjetividade, no nexos biopsíquico, a organização social desigual produz situações/experiências de sofrimento que não podem ser simplificadas ou vistas como iniquidades – condições de injustiça ou de fracasso individual (Barata, 2009). Não se trata, tampouco, de uma negação das expressões qualitativamente distintas do sofrer ou da existência de condições específicas de sofrimento, mas do direcionamento à compreensão da sua gênese.

Partindo do pressuposto de que a desorganização da realidade instaura vínculos adoecidos, Barata (2009, pp. 39-50) aponta que “a posição social dos indivíduos e grupos sociais, medida por indicadores de classe social, variáveis isoladas como escolaridade e classes ocupacionais, ou a partir das condições de vida em determinados espaços geográficos” é determinante do estado de saúde de uma sociedade, considerando o perfil de morbidade e mortalidade e também sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde. A autora também aponta, que o nível de riqueza não está associado à uma garantia de melhor qualidade de vida, pois “os impactos das desigualdades na qualidade de vida são diretos sobre os mais pobres,

mas afetam as demais camadas da sociedade porque provocam deterioração da vida pública, perda do senso de comunidade, bem como aumento da criminalidade e da violência”.

Na perspectiva neoliberal, as desigualdades sociais em saúde são interpretadas como resultado das decisões individuais. As escolhas pessoais determinariam quem atingiria posições de prestígio social, garantindo-lhes poder e acesso a bens materiais, enquanto outros, devido a suas opções, permaneceriam em condições desfavoráveis, sem acesso à riqueza compartilhada pela sociedade, prestígio ou influência política. No entanto, o contexto social desempenha papel fundamental na definição da posição de cada indivíduo, demarcando as oportunidades relacionadas à produção da saúde, bem como a exposição a condições mais ou menos adequadas e grau de maior ou menor vulnerabilidade.

As desigualdades sociais em saúde refletem as condições estruturais das sociedades modernas, engendradas pelos processos de reprodução social e pelas relações de poder que configuram a distribuição de bens e recursos. Segundo Barata (2009), essas desigualdades transcendem as simplificações usuais que opõem “doenças de pobre” a “doenças de rico” ou “doenças sociais” a “doenças biológicas”, pois “toda e qualquer doença e sua distribuição populacional são produtos da organização social” (p. 20). Sobre isso, Costa (2023) acrescenta que nossa análise não deve se limitar à exploração econômica, uma vez que assumindo um amplo caráter social e ético, inclui todos os aspectos opressivos que compõem esse modo de organizar a vida.

Não se trata, pois, de um determinismo social ou de um sociologismo, mas de um posicionamento ético-político que denuncia que a produção de todo fenômeno humano, não se desenvolve em si mesmo ou à margem do que ocorre na realidade objetiva. A produção de estados ansiosos, deprimidos ou fóbicos, bem como de comportamentos reativos e desviantes, não pode ser naturalizada ou vista como deslocada do que está acontecendo historicamente e dialeticamente, na e pelas relações que os indivíduos estabelecem à medida que lutam pela vida. Quando pensamos na infância e adolescência, o trabalho em Saúde Mental que se pautasse nessas bases deve considerar o que está para além do “sintoma” ou da “doença”, entendendo que

*Não tem como fazer um trabalho em saúde mental se a pessoa não tem comida, sabe?  
Não tem como fazer um trabalho em saúde mental se o pai chega bêbado em casa e  
bate na mãe, sabe? Isso vai estourar em algum lugar... então, é questão social, é  
questão familiar, é questão de sociedade, assim... como a sociedade é estruturada e os*

*papeis que as pessoas estão colocando em cima da criança.* (Psicólogo 3- atuante na atenção primária, 2023).

Das demandas reconhecidas como “sociais” às consideradas “psiquiátricas”, não há dissociação que estabeleça onde uma começa ou outra termina. Novamente, lembramos que nesta dissertação não estamos negando ou desconsiderando aquilo que é nomeado “transtorno”, tampouco que existem, para além destes, outras múltiplas e diversas expressões de sofrimento psíquico que acometem a população infantojuvenil. Como já apontamos, ao nos debruçarmos sobre o sofrimento psíquico, reconhecemos que com frequência o mesmo decorre de situações críticas ou experiências adversas, mal estares mais ou menos intensos vividos “subjetivamente, mas plenamente reconhecidos em sua origem objetiva, socialmente esperados em natureza, intensidade e momento” (Sampaio, 1998, p. 104).

Ao longo deste trabalho temos procurado evidenciar a importância da compreensão da gênese social do sofrimento psíquico vivido na infância e adolescência, alertando que a produção de nomeações, que visam auxiliar na identificação categórica de certas qualidades ou especificidades de tal sofrimento, não se produzem em si mesmas: são estabelecidas socialmente a partir das manifestações subjetivas que cada contexto histórico objetiva. Quando se ignora a determinação social, nos deparamos com uma das suas principais consequências, que é a medicalização. Uma das médicas entrevistadas, contudo, aponta para o beco sem saída que esse tipo de conduta nos coloca, uma vez que a resolutividade não está no âmbito individual, gerando-lhe a inquietação: *“E eu fico, gente, como que resolve isso? Não tem remédio pra isso, são questões sociais. E muitos que acham que é a medicação, falam “ah, já usei remédio e nunca funciona” e não é remédio que precisa...”* (Médica 2- atuante na atenção primária, 2023).

E o que precisamos, então? Quais são as possibilidades de conduta que as instituições de assistência e os serviços de saúde podem oferecer para além da compensação pelas consequências geradas pelo modo de produção capitalista? E qual o impacto desse cenário ao cuidado integral da infância?

Na busca por uma síntese, reunimos a seguir os relatos dos(as) profissionais entrevistados(as) que nos direcionam para as possibilidades e impossibilidades das práticas de cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil – especialmente as que consideram a determinação social enquanto precursora das manifestações do sofrimento psíquico.

### 4.3. Ensaio para uma síntese geral da análise dos dados e das possibilidades de enfrentamento

A trajetória desta pesquisa nos leva a concluir que o caráter social do sofrimento psíquico é o sinal de uma condição de existência, ou melhor, o seu sintoma, sendo a expressão da miséria real e o protesto contra a miséria real, o “suspiro” dos oprimidos (Costa, 2023, p. 107). No entanto, lembramos que Marx (1867/2013) já postulava que do capital não se espera consideração pela saúde ou pela duração da vida, a menos que seja forçado pela sociedade a tê-la. A manutenção do *status quo* supera essa consideração e está expressa não apenas na produção do sofrimento psíquico, mas na deterioração e precarização das instituições preventivas e assistenciais, assim como a Médica 3- atuante na atenção primária (2023) aponta:

*Não tem tido investimento suficiente, na verdade tem tido muito desinvestimento... falta direcionamento das políticas para aquilo que é do coletivo, tem um viés mais forte para isso, para as especialidades também. Então, se fosse tentar responder a essa demanda maior por especialistas, sem questionar o aumento da cidadania... um caminho que tende a colapsar. Eu acredito que propositalmente, porque acho que a meta é privatização, né? E aí vai colocar a conta do índice de insucesso ou da incapacidade de gerenciar, não sei o que, e não no modelo.*

Segundo Innocencio e Mendonça (2021), o Brasil enfrenta, neste momento, uma demanda crítica pelo fortalecimento de políticas públicas assistenciais, ao invés da interrupção ou precarização desses serviços. Essa realidade é alarmante tanto sob o aspecto do sofrimento individual, caracterizado pela crescente falta de perspectivas de acesso a cuidados em saúde, quanto do ponto de vista coletivo, no qual observa-se um enfraquecimento do engajamento coletivo em iniciativas que visem resistir e transformar o próprio sistema responsável por perpetuar os diversos modos de adoecimento/sofrimento social. Contrariamente às necessidades urgentes, o Governo Federal, que em nosso país é o ente responsável por coordenar a política nacional de saúde e saúde mental, ano após ano, tem promovido ações que desestruturam e ameaçam a conquista de direitos fundamentais da população.

Com isso, questionamos quais são as condições materiais de enfrentamento possíveis? Pode a sociedade forçar tal transformação?

Quando ouvimos os(as) profissionais entrevistados(as), percebemos nuances entre o posicionamento de resistência e desistência, bem como do sentimento de cansaço e

compensação pelo trabalho realizado junto ao público infantojuvenil. São questões que retomam os desafios vividos em cada particularidade, em relação aos aspectos aqui apresentados: a lida diante das pressões diagnósticas individualizantes; das discriminações raciais, de gênero e de classe; da medicalização e da precarização das condições de trabalho. Sobre isso, duas das entrevistadas confidenciam seus temores diante do que é possível ser feito no presente e num horizonte futuro:

*Eu sinto que dá medo de virar só mais uma profissional cansada que desiste de estar ali tentando fazer esse trabalho mais completo. Dá bastante medo. Sempre que eu vou falar com alguém de fora, eu fico com medo de ser o momento que eu vou perceber que eu já desisti, sabe? (Psicóloga 2- atuante na atenção secundária, 2023).*

*Resistir a isso tem sido mais puxado... às vezes dá vontade de desistir... às vezes acho que o mais ético é desistir de atender criança. Depois eu penso, não, mas se eu também não atender, outra pessoa vai atender e vai fazer isso que tá sendo solicitado. Então, assim, isso é uma certeza. (Médica 3- atuante na atenção primária, 2023).*

O enfrentamento, muitas vezes, resvala em uma contraposição solitária diante das contradições capital-trabalho e os sentidos pessoais de cada atuante, assim como outra entrevistada complementa:

*Vira uma questão muito pessoal, né? Porque você começa a adoecer, a perceber que não está bem, que não está satisfeito, que não está fazendo as coisas do jeito que você gostaria. Aí ele [o trabalho] desubjetiva e tende a colocar mais para baixo. E aí você tem que fazer a sua própria avaliação, né? Se é possível resistir mais nesse sentido de bancar o trabalho, e brigar, e fazer o que for necessário. Ou recua, né? Tem momentos que a gente recua, a carga horária diminui, trabalha menos no público, divide, faz um pouco com criança, um pouco com adulto. Vai tentar achar soluções pra se manter bem, se manter resistente. (Médica 3- atuante na atenção primária, 2023).*

Conforme ensinou Leontiev (2021), a atividade humana se estrutura pela busca de satisfazer necessidades, que adquirem significado por meio de motivos. No entanto, quando o trabalho se dá sob condições de deterioração e desvalorização recorrentes, como no setor público apresentado, o resultado é um esvaziamento subjetivo, que compromete a construção

de sentidos pessoais. Essa precarização não apenas inviabiliza a realização plena do potencial dos trabalhadores, mas também se configura como expressão de um sistema que prioriza a lógica da acumulação em detrimento do bem-estar da maioria. A desarticulação entre necessidades e motivos, nesse cenário, evidencia uma luta interna entre o desejo de contribuir para o bem comum e a frustração gerada pela impossibilidade material de fazê-lo.

Como consequência, tem-se um ciclo de desmotivação, esgotamento e alienação, que intensifica o isolamento dos trabalhadores. Em que pese tomarmos as falas de uma médica e uma psicóloga do SUS, sabemos que este ciclo não é privilégio desses trabalhadores. A estrutura que produz sobrecarga emocional, que os desconecta dos colegas e dos usuários, e dificulta a construção de redes colaborativas que poderiam mitigar os efeitos da precarização, atinge o setor público e privado, e talvez a este último, de maneira mais embotada.

Voltando à saúde pública, outro entrevistado ressalta, ainda, que tais condições subvertem a proposta do trabalho inter e multidisciplinar que compõe o SUS, cujo ideal é a prática coletiva, integrativa e centrada nas necessidades dos usuários, para dar lugar ao atendimento individualizado e fragmentado, o qual ele não concorda:

*Porque não deveria, não precisa ser isolado. E aí na saúde, eu sinto que meu trabalho é muito solitário. Porque se eu quiser abrir a porta, chamar fulaninho e fulaninho entra, eu faço a atividade com fulaninho e fulaninho sai... entra outro fulaninho e depois eu bato ponto e vou embora. Ninguém nem percebe que eu estava lá, né?*  
(Psicólogo 3- atuante na atenção primária, 2023)

Nesse sentido, retomamos Monteiro (1991) citado em Martins (2020) para destacar o processo de esvaziamento de sentido do trabalho, enquanto expressão subjetiva da alienação, que emerge com a fragmentação e redução das atividades à tarefas mecanizadas e desarticuladas do fazer coletivo. Com a intensificação do isolamento e do auto-estranhamento – que coloca os profissionais em uma posição de responsabilidade individual pelas demandas sociais –, desenvolve-se um estado de “anomia”, que reflete a instrumentalização das relações humanas no contexto do SUS, onde a lógica do capital transforma práticas colaborativas em interações transacionais, marcadas pelo distanciamento e pela perda de um sentido mais profundo e integral de cuidado.

Os desafios enfrentados pelos trabalhadores do SUS refletem a reprodução das contradições de um sistema que, ao priorizar lógicas privatistas, negligencia o fortalecimento de práticas necessárias para abordar o sofrimento psíquico de maneira transformadora. Com a



limitação de atuação a nível individual, os(as) profissionais entrevistados(as) comentam sobre as possibilidades de manejo e enfrentamentos pontuais frente às demandas que lhes chegam. A Psicóloga 4- atuante no Centro de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente (2023) destaca considerar importante apresentar os *direitos* das crianças e adolescentes, bem como a nomeação das situações que experienciam enquanto *racismo, homofobia ou qualquer outro tipo de discriminação*. Além disso, ela faz questão de contribuir com a ampliação da consciência daqueles que atende ao apontar o caráter social que determina as manifestações de sofrimento:

*E tudo isso assim, muito no intuito deles entenderem que existem coisas que são maiores que eles e que vão dizer muito sobre como eles experienciam o mundo, para eles também não acharem que é tudo culpa ou responsabilidade deles. Mas que eles estão colocados em um contexto x e que algumas coisas são maiores do que eles.*

Sobre as possibilidades de atendimento terapêutico em contraposição às necessidades reais das crianças acolhidas, essa mesma trabalhadora acrescenta:

*É que várias questões que eles trazem não são questões resolvíveis em clínica, né? Não são questões que dá para trabalhar só perguntando como eles se sentem em relação a isso... usando essas técnicas, essas abordagens... como trabalhar isso com eles? Então, às vezes um desafio é pensar qual que é o CAPS daquela região para poder atender àquela família ou se existe alguma instituição pública na região que essa criança mora para eles solicitarem algum um tipo de auxílio, preencher os dados para ter o bolsa família... ou alguma coisa que faça com que ele tenha acesso aos direitos deles e tudo mais. (Psicóloga 4- atuante no Centro de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente, 2023).*

Tomando o papel do psicólogo de maneira exemplar<sup>20</sup>, assim como postula Martín-Baró (1996), enquanto trabalhador esse deve assumir em sua práxis uma postura de responsabilidade social, a partir do reconhecimento da perspectiva histórica das minorias da população. O autor ressalta, com isso, a necessidade de acompanhar a população em sua luta, em um confronto crítico ao modo de produção capitalista, que coloque “saber psicológico a

---

<sup>20</sup> Dizemos exemplar porque acreditamos que, embora Martín-Baró (1996) se atenha à prática do psicólogo, suas considerações podem ser estendidas a diferentes outras categorias de trabalhadores.

serviço da construção de uma sociedade em que o bem estar dos menos não se faça sobre o mal estar dos mais, em que a realização de alguns não requeira a negação dos outros, em que o interesse de poucos não exija a desumanização de todos” (p. 23).

Como apontado anteriormente, as experiências das crianças e adolescentes não são universais ou homogêneas, tampouco escapam às contradições inerentes a uma sociedade de classes (Boarini, 2012). Portanto, as qualidades das vivências que fundam o desenvolvimento humano não são constituídas a partir da influência das condições materiais e sociais, mas são determinadas por elas, configurando a vida e a saúde, o adoecimento e o sofrimento. Evidenciar que é a vida que determina o sofrimento psíquico e todo processo saúde-doença, via tentativa de “conscientização” das crianças e adolescentes sobre essa estrutura, pode auxiliar na desresponsabilização individual das experiências acolhidas e emergir como possibilidade, desde que tenha no horizonte a redução dos processos de alienação da consciência, que mire o desenvolvimento da capacidade de essa criança/adolescente de pensar criticamente sobre si e sobre o mundo que o circunda.

Todavia, o que estamos chamando aqui de “conscientização”? Martin-Baró (1996) agrega à discussão ao apontar que esse processo ultrapassa uma mera mudança de opinião sobre a realidade, que deixa intacta a situação objetiva dos indivíduos. Conscientizar, como apregoa Martín-Baró (1996), diz respeito à atender ao saber das pessoas sobre si mesmas, enquanto membros de uma coletividade. Nesse sentido, a partir de uma leitura mais atual, busca-se a *ampliação da consciência* das pessoas e grupos, por um saber crítico sobre si próprias e sobre a realidade – considerando que é somente ao compreender as determinações que nos condicionam que podemos tomar decisões conscientes. Esse movimento, “não só possibilita, mas facilita o desencadeamento de mudanças, o rompimento com os esquemas fatalistas que sustentam ideologicamente a alienação das maiorias populares” (Martin-Baró, 1996, p. 18).

Enquanto a superação do MPC não for uma realidade próxima, nos resta o gerenciamento dessas contradições, compreendendo que a relação do “social” como determinante do sofrimento psíquico é fundamental para a criação de políticas mais equânimes de cuidado em saúde, dentro do alcance da emancipação política (Innocencio & Mendonça, 2021). Reconhecendo que a produção de sofrimento está enraizada em determinações sociais, torna-se imperativo que as formas de lidar com ela também sejam socializadas e coletivizadas, promovendo um enfrentamento democrático que desafie a lógica predominante – considerando a singularidade e individualidade de cada experiência sem reduzi-la a uma abordagem estritamente individualista ou privatista (Costa, 2023).

Além disso, compreender o sofrimento enquanto “suspiro” demonstra que este pode se manifestar como uma forma de *resistência* à norma, que de algum modo entra em conflito com as necessidades e motivos individuais (Almeida, 2018). A expressão da miséria real e o *protesto* contra ela também colocam os modos de sofrer enquanto impulsionadores de transformações, a partir da sinalização da precariedade das condições de existência, como bem apontam Costa e Mendes (2021a, p. 70):

Entendidas dessa forma, a loucura, a alienação mental, não são coisas em si, mas, antes de tudo, sintomas de uma sociedade, sinalizações de uma condição de existência; são, pois, denúncias: *Aqui jaz um humano desumanizado, um não-humano!* Contudo, não apenas se trata de uma constatação: *Este ser, feito coisa, deseja tornar-se um humano;* mas, não apenas deseja, como age nessa direção – ora, se não fosse assim, *não sofreria.* (Grifos dos autores)

A produção sócio-histórica do sofrimento psíquico infantojuvenil tem por gênese os processos de (des)humanização na sociedade capitalista, que instauram experiências potencialmente adoecedoras – socialmente determinadas. Na infância e adolescência, assim como na adultez, as expressões das formas de sofrer “significam as contradições do modo de produção capitalista encarnadas nas pessoas” (Andrade, 2022). No atendimento em saúde, materializado tanto pelo trabalhador da Psicologia quanto da Psiquiatria, o que se deveria buscar, sob esses pressupostos, é a ampliação da consciência e a retomada da humanização – uma vez que só será possível tomarmos decisões conscientes, seja sobre o curso de um “tratamento” em saúde mental, seja dos rumos da própria vida, ao compreendermos as determinações que nos condicionam.

Antes de olhar para o fenômeno aparente, o “sintoma” ou o “transtorno”, vê-se a importância de ir além, ao buscar a compreensão dessas determinações sobre o que se apresenta no nexo biopsíquico. Novamente, isso não significa a negação dos correlatos neuroquímico-biológicos e afetivo-cognitivos que podem se apresentar no desenvolvimento de morbidades, mas o entendimento de que não se deve restringir o olhar sobre o sofrimento psíquico à essas explicações. É imperativo apreender, o “(...) conjunto de condições e mediações que produzem o sofrimento psíquico em suas diversas dimensões: sua inserção de classe, as condições gerais de vida, suas necessidades de consumo não satisfeitas, os limites impostos pelo sofrimento psíquico, os vínculos pessoais estabelecidos” (Almeida & Neves, 2020, p. 252). Em suma, compreendemos que não há como falar de sofrimento psíquico na infância e adolescência sem colocar em tela a qualidade das mediações a que esses sujeitos estão expostos.

Para contemplar a infância e os seus processos de saúde-doença, especialmente aqueles que se apresentam psicicamente, o acolhimento e atendimento em saúde não deveria fundar-se na nomeação ou rotulação de uma morbidade. Espera-se, dessa forma, o rompimento com a reprodução da sua produção social e a superação das descrições nosológicas, a partir do direcionamento para as raízes etiológicas – a sua gênese. Considerando os processos progressos, mediados em suas particularidades, abrem-se os caminhos para o questionamento do que está, de fato, acontecendo na realidade subjetiva-objetiva que impede muitas crianças e adolescentes – “doentes” ou “sãos” – de se desenvolverem plenamente.

Ao compreendermos que “não há pessoa sem família, aprendizagem sem cultura, loucura sem ordem social; (...) um eu sem um nós, um saber sem um sistema simbólico”, assumimos que o trabalho em saúde deve apontar para a conscientização coletiva e a superação de uma realidade objetiva que perpetue processos opressivos e degradativos (Martin-Baró, 1996, p. 16). Mesmo que não seja possível apreender a totalidade dos problemas sociais de maneira mais profunda, a nossa responsabilidade nos direciona para a definitiva defesa de uma perspectiva histórica, que reconheça as interlocuções entre o modo de produção capitalista e a produção de vida – em uma atuação que não reproduza a alienação e nos mantenha em um movimento crítico e de confronto.

## Considerações Finais

*“Qualquer sociedade cuja estrutura se baseie em diferenças culturais, de classes e de sistemas competitivos, cria dentro de si áreas de compensação para as próprias contradições internas, nas quais se concretiza a necessidade de negar ou de afirmar, numa objetualização, uma parte da própria subjetividade.”*

(Basaglia, 2010, pp. 36-37).

Tendo como pressupostos a Psicologia Sócio-Histórica e a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, buscamos nesta dissertação compreender a gênese social do sofrimento psíquico na infância e adolescência, a partir das contradições do capitalismo tardio. Apresentamos, sob a análise marxista, como o modo de produção/reprodução da vida social se expressa na construção das formas de expressão de saúde e de doença, considerando o desenvolvimento histórico das políticas públicas de Saúde Mental e suas implicações atuais. Com a escuta da experiência de profissionais que atuam neste campo, acolhendo e atendendo crianças e adolescentes, construímos os caminhos para essa compreensão – situada na particularidade do cenário brasileiro.

Conforme a exposição da historicidade e da dialética que envolvem o campo da Psicologia e da Psiquiatria, enquanto áreas de atuação que tiveram suas ascendências em torno do higienismo/sanitarismo e das sequelas geradas pelas contradições do MPC, foi possível apreender como foram construídas as concepções e propostas de tratamento/cuidado em Saúde Mental ao longo da história. De modo geral, a convenção biomédica, apoiada na teoria da multicausalidade, ainda se apresenta predominante na área da saúde, bem como nos manuais descritivos e estatísticos que compõem as possíveis condições neuropsiquiátricas – lidas em nosso tempo histórico como “transtornos mentais”. Sobre a infância, vimos que esta está subordinada aos critérios de normalidade/anormalidade, tendo nas suas expressões de sofrimento o recebimento de rótulos que atestam a sua qualidade e especificidade e, ainda, direcionam para as formas hegemônicas de tratamento, como o medicamentoso.

No contexto nacional, a Reforma Psiquiátrica e a construção de políticas públicas possibilitaram um avanço no acesso aos serviços de saúde, com o direcionamento das condutas médicas e psicológicas dentro de uma perspectiva mais ampliada, que pretende ser integral e humanizada. Evidenciamos, no entanto, as limitações que os equipamentos de saúde estão subjugados, na apreensão da dinâmica da totalidade social capitalista e das especificidades brasileiras, com suas implicações para a Saúde Mental (Costa & Mendes, 2021b). Esta situação

se agrava ao considerar as políticas atuais de contrarreforma, que tem instaurado processos de precarização e sucateamento do sistema público de saúde – rumo ao seu desmonte e à privatização.

A partir das entrevistas realizadas com os(as) profissionais da Psicologia e Psiquiatria, foi possível reconhecer algumas de suas possibilidades e limitações, que resguardadas suas particularidades, indicam demandas e desafios comuns. Retomando as principais temáticas aqui trabalhadas vimos: a precarização das condições laborais inseridas na lógica da produção, que buscam atender a alta demanda a partir da redução da qualidade dos serviços e da sobrecarga dos profissionais especialistas; a epidemia diagnóstica, que traz cada vez mais pressionamentos pela entrega de laudos em detrimento do acompanhamento terapêutico e estabelecimento de mediações que antecederiam qualquer conduta e manejo clínico; além da transformação da questão social em demanda psiquiátrica e psicológica, que coloca na esfera individual o que se apresenta como sequela das condições degradantes de vida.

Investigamos a concepção dos(as) entrevistados(as) sobre o que consideram como sofrimento psíquico e quais as influências e determinações o constituem. Das variadas tentativas de definição, as palavras que surgiram remeteram à uma condição de mal estar, como expressão emocional ou comportamental, que traz restrições/prejuízos à qualidade de vida, que estagna as atividades diárias ou priva os sujeitos da sua realização plena. Fatores multicausais, como escola, família e ambiente, apareceram enquanto principais influências da constituição desse mal estar; bem como as condições de vida foram citadas entre os múltiplos fatores determinantes.

A investigação que nos propomos, contudo, nos levou a buscar o que está além da aparência do fenômeno apresentado como “sofrimento psíquico”. Tendo como base o MHD, concebemos a constituição subjetiva como parte da realidade objetiva, que se forma na dialética singular-particular-universal, materializada nas relações sociais e na qualidade do acesso às aquisições transgeracionalmente humanas. Nessa trajetória, a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença nos direcionou para uma compreensão mais integral das expressões singulares de adoecimento/sofrimento, que parte dessa mesma dialética. Vimos que essa criança/adolescente, ao se inserir em uma realidade social mais ampla, se apropria (ou não) das objetivações humanas, se beneficiando (ou não) das condições singulares e universais de humanização.

Ao desvelar as expressões das demandas infantojuvenis acolhidas tanto nos serviços públicos de saúde quanto nas clínicas particulares, sob a ótica dos(as) profissionais entrevistados(as), identificamos que por trás do que se apresenta como sofrimento psíquico,

estão escancarados os processos degradativos que constituem as condições materiais de vida no capitalismo tardio – a *questão social*. Assim como trouxemos em última síntese, que a produção sócio-histórica do sofrimento psíquico se origina nos processos de (des)humanização na sociedade capitalista, que instauram experiências potencialmente adoecedoras, atingindo sobremaneira a capacidade protetiva daqueles que se responsabilizam (ou deveriam se responsabilizar) pelas crianças e adolescentes.

As contradições do MPC estão encarnadas nesses sujeitos, produzindo expressões de sofrimento que são reconhecidas com outros nomes, os quais dizem apenas sobre o que se aparenta ser – um sintoma ou um comportamento desajustado, que mascara o que de fato está acontecendo: os efeitos de um sistema que atinge a todos de forma desigual, que desumaniza e alimenta formas de sofrer com qualidades distintas. Retomamos, aqui, que com estas constatações não se tratam de um determinismo social ou de um sociologismo, mas de um olhar ético-político que revela a produção de fenômenos, que não se desenvolvem em si mesmos ou isolados do movimento da vida.

Assim como aponta Costa (2023), nos limites das políticas públicas setoriais (como a da saúde) que nascem não para resolver, mas para amenizar as sequelas da contradição capital-trabalho, o cuidado em saúde, ou especificamente em Saúde Mental, tem se constituído enquanto ferramenta compensatória e gerenciadora dessas contradições, mesmo que gerenciar não signifique aceitar ou afirmar, tampouco superar as condições que perpetuam a degradação dos processos saúde-doença. Nesse sentido, destacamos a importância do seguimento de organizações coletivas que lutem pela superação, no enfrentamento das políticas neoliberais que se impõem sobre a realidade brasileira, fomentando as desigualdades e os processos de opressão. Isso significa compreender que, essa dissertação nos mostrou que tamanha tarefa não pode ser alçada apenas pelos equipamentos de saúde ou seus profissionais.

Para dar conta daquilo que é coletivo, é preciso criar alianças e esforços igualmente coletivos. Como um breve exemplo citamos aqui a criação da Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (RedePq-SMCA)<sup>21</sup>. A Rede Pq-SMCA se reúne mensalmente, discute pautas do campo, organiza eventos, procura elaborar estratégias e estreitar o diálogo entre pesquisadores e também dos pesquisadores com a gestão da saúde pública. Como um esforço de inserção política em 2023 a RedePq-SMCA elaborou um documento técnico intitulado “Contribuições para o avanço da Atenção Psicossocial para

---

<sup>21</sup> Essa Rede, formada em 2020, agrega pesquisadores/as, docentes e discentes ligados a programas de pós-graduação *stricto sensu* de universidades e institutos de pesquisa brasileiros, que estudam a saúde mental de crianças e adolescentes e que acreditam na Atenção Psicossocial como lógica de cuidado.

Crianças e Adolescentes”, apresentando-o ao Departamento Nacional de Saúde Mental e enfrentamento ao Abuso de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, no afã de colaborar com a (re)estruturação da Política Nacional de Saúde Mental consonante com o SUS e com a lógica da Atenção Psicossocial. Desde fevereiro de 2024 a Rede Pq-SMCA tem buscado uma interlocução com esse Departamento, lutado para a retomada do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil e para que o mesmo se reconstitua como uma instância deliberativa.

Reconhecemos que mesmo dentro da democracia burguesa e de um Estado que nunca se efetivou como de “bem-estar social”, devemos seguir requerendo políticas públicas mais equânimes e uma atuação em saúde mais comprometida com as necessidades do nosso povo. Ante o esfacelamento da cultura coletiva, o aumento do isolamento e da paralisia, urge a necessidade de buscarmos alianças com setores progressistas e militâncias, que tenham no horizonte um outro projeto de sociedade. Mirar este horizonte pode inspirar novas pesquisas-intervenções - tanto brasileiras como latino-americanas - que ajudem a identificar e fortalecer experiências em saúde em uma perspectiva contra-hegemônica.

Por fim, considerando que a saúde mental de crianças e adolescentes, seja como campo de estudos, seja como política/prática de intervenção, segue marginalizada, nosso principal desejo é o de que esta pesquisa sirva como fagulha impulsionadora de uma outra *práxis*, promovendo autoconsciência sobre as determinações que nos condicionam na produção da vida e do adoecimento/sufrimento – que não poupam, sequer, a infância e a adolescência.

Neste percurso, consideramos que tivemos o privilégio de encontrar Psicólogos(as) e Médicos(as), que em sua maioria, se mostraram críticos e resistentes às amarras do modo de produção capitalista – sinalizando que não estamos sós e que é preciso seguirmos refutando as explicações naturalizadas, acreditando que é possível construir conhecimentos e práticas alinhadas e comprometidas com um desenvolvimento humano mais pleno, menos limitado e promotor de dores e sofrimentos.



## Referências

- Abrão, J. L. F. (2020). Os primórdios da Psiquiatria Infantil e seus reflexos no Brasil. *Memorandum – Memória e História em Psicologia*, 37, (1-28).
- Abreu, A. E. de., Carvalho, F. B., Lima, H. S. de., Almeida, J. C. T. de., Benkard, M. F., Silva, T. R. da., Mangolin, T. F., Ferrari, W. N., & Tuleski, S. C. (2024). Traços do fascismo na sociedade brasileira: Possibilidades de enfrentamento a partir da Psicologia Histórico-Cultural. In: S. C. Tuleski et al. (Orgs.). *Novas roupas, velhos fios: Metamorfoses do fascismo na sociedade contemporânea e o papel de uma psicologia anticapitalista*. Editora Lutas Anticapital, (119-144).
- Aguiar, W. M. J. de., & Ozella, S. (2013). Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. *Revista brasileira de estudos pedagógicos*, 94 (236), 299-322.
- Aguiar, W. M. J. de., Soares, J. R., & Machado, V. C. (2015). Núcleos de significação: uma proposta histórico-dialética de apreensão das significações. *Cadernos de pesquisa*, 45 (155), 56-75. <https://doi.org/10.1590/198053142818>
- Albuquerque, G. S. C. de., & Silva, M. J. de. S. (2014). Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde debate*, 38 (103), 953-965. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>
- Almeida, M. R. de., Abreu, C. B. de. M., & Rossler, J. H. (2011). Contribuições de Vigotski para a análise da consciência de classe. *Psicologia em Estudo*, 16 (4), 551-560.
- Almeida, M. R. de. (2018). *A formação social dos transtornos do humor* [Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu]. <http://hdl.handle.net/11449/153333>
- Almeida, M. L., & Neves, A. S. (2020). A popularização diagnóstica do autismo: uma falsa epidemia?. *Psicologia: Ciência e profissão*, 40, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>
- Alves, G. (2009). Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal: precarização do trabalho e redundância salarial. *Revista Katálisis*, 12 (2), 188–197. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802009000200008>
- American Psychiatric Association – APA. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5 (recurso eletrônico). (M. I. C. Nascimento et al., Trads.). Artmed.
- Andrade Filho, J. A. L. (2022). *A produção social dos transtornos de ansiedade: reflexões a partir da Psicologia Histórico-Cultural* [Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – da Faculdade de Ciências Humanas da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul]. <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/4663>

- Antunes, M. A. M. (2003). Psicologia e Educação no Brasil: um olhar Histórico-Crítico. In: M. E. M. Meira, & M. A. M. Antunes, (Orgs.). *Psicologia Escolar: teorias críticas* (1ª Ed.). Editora Casa do Psicólogo, 139-168.
- Antunes, R. (Org.). (2020). *Uberização, trabalho digital e Indústria 4.0* (1ª Ed.). Editora Boitempo.
- Araújo, A. C., & Neto, F. L. (2014). A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16 (1), 67-82. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.659>
- Banks-Leite, L. & Galvão, I. (2000). Uma introdução à história de Victor do Aveyron e suas repercussões. In: L. Banks-Leite, & I. Galvão (Orgs.). *A educação de um selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard*. Cortez.
- Barata, R. B. (2009). *Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde* (Online). Editora Fiocruz. <https://books.scielo.org/id/48z26>
- Basaglia, F. (2010). Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: P. Amarante (Org.). J. A. d' Á. Melo (Trad.). *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e reforma psiquiátrica*. Editora Garamond Universitária, 35-60.
- Batista, M. D. G. (2014). Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Política & Trabalho: Revista De Ciências Sociais*, 1 (40), 391-404.
- Blikstein, F. (2012). *Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico* [Dissertação (Mestrado em Psicologia) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/16993>
- Boarini, M. L., & Yamamoto, O. H. (2004). Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. *Psicologia Revista*, 13 (1), 59-72.
- Boarini, M. L. (2012). A Infância Higienizada. In: M. L. Boarini, (Org.). *Higiene Mental ideias que atravessaram o século XX*. Editora Eduem, 25-48. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/publicacoes-1/livros/lista-de-livros/higiene-mental-ideias-que-atravessaram-o-seculo-xx>
- Bock, A. M. B. (2007). A Psicologia Sócio-Histórica: (uma perspectiva crítica em Psicologia). In: A. M. B. Bock, M. da G. M. Gonçalves, & O. Furtado (Orgs.). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia* (3ª Ed.). Cortez Editora, pp. 15-35.
- Borges, R. F. (2020). As Contribuições da Psicologia aos Ideais da Liga Brasileira de Higiene Mental: Algumas Reflexões. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20 (1), 330-352. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.50837>
- Boschetti, I. S. (2019). Crise do capital e agravamento da desigualdade social no Brasil.

- In: G. Toassa, T. M. C. S., & D. de J. da S. Rodrigues, (Orgs.). *Psicologia sócio-histórica e desigualdade social: do pensamento à práxis*. Editora da Imprensa Universitária, pp. 42-57. [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1249/o/gisele\\_toassa-EBOOK.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1249/o/gisele_toassa-EBOOK.pdf)
- Bozhovich, L. I. (2023). A situação social do desenvolvimento infantil. (M. D. H. Gomes, Trad.). *Germinal: marxismo e educação em debate*, 15 (1), 612-638. <https://doi.org/10.9771/gmed.v15i1.54181>
- Braga, C. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2019). Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciência & saúde coletiva*, 24 (2), 401-410. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>
- Brasil. (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. *Presidência da República, Imprensa Oficial*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
- Brasil. (2001). Lei da Saúde Mental, nº 10.216, de 6 DE abril de 2001. *Presidência da República, Imprensa Oficial*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Breilh, J. (2006). *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Editora FIOCRUZ.
- Breilh, J. (2011, 1 novembro). *Determinantes sociais da saúde: entrevista com Jaime Breilh*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES. <https://cebes.org.br/determinantes-sociais-da-saude-entrevista-com-jaime-breilh/2724/>
- Brum, E. (2014, 17 de março). Como se fabricam crianças loucas. *El País – El periódico global*. [https://brasil.elpais.com/brasil/2014/03/17/opinion/1395072236\\_094434.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2014/03/17/opinion/1395072236_094434.html)
- Buriola, A. A., Vicente, J. B., Zurita, R. C. M., & Marcon, S. S. (2016). Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem transtorno mental no município de Maringá-Paraná. *Escola Anna Nery*, 20 (2), 344-351. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160047>
- Bustamante, V., & Santos, I. (2015). Arranjos familiares e possibilidades terapêuticas em um serviço de saúde mental infantil. *Pensando famílias*, 19 (2), 115-131.
- Caldas, M. (1932). A Clínica de Euphrenia. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 5 (2), 65-98. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental-abhm/ano-5-numero-2-outubro-dezembro-1932-parte-1.pdf>
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (6ª Ed.). (M. T. R. de C. Barrocas, Trad.). Editora Forense Universitária.
- Campos, G. W. de S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1865-1874. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700009>

- Campos, R. V. de A., & Rocha Júnior, F. L. (2023). Alienação, reificação e fetichismo da mercadoria conforme as concepções marxistas. *Revista Multidisciplinar Do Nordeste Mineiro*, 2 (1), 107-127.
- Carvalho, B. P., & Piza, H. da. C. T. (2016). A história da loucura numa perspectiva marxista. *Dialektiké*, 1 (3), 18-35.
- Costa, P. H. A. da., & Mendes, K. T. (2021a). Frantz Fanon, saúde mental e a práxis antimanicomial. *Sociedade em Debate*, 27 (1), 66-82.  
<https://doi.org/10.47208/sd.v27i1.2809>
- Costa, P. H. A. da., & Mendes, K. T. (2021b). Contribuição à crítica da economia política da contrarreforma psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 12 (2), 44-59.  
<https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.28943>
- Costa, P. H. A. da. (2023). Marx e o caráter (ou determinação) social da loucura. In: Costa, P. H. A. da. (Org.). *O marxismo e a loucura*. Lavrapalavra, pp. 47-150.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr.*, 30 (4), 390-398.  
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27 (1), 17-40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>
- Cunha, C. C., & Boarini, M. L. (2010). A infância sob a tutela do Estado: alguns apontamentos. *Psicologia: teoria e prática*, 12 (1), 208-224.
- Dalla Vecchia, M., & Martins, S. T. F. (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, 11 (2), 159-168. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200005>
- Farani, A. (1925). Cirurgia e hygiene mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1 (1), 37-68.
- Ferreira, G. F. (2017). *Um estudo à luz da Psicologia Histórico-Cultural sobre a desagregação do pensamento conceitual na esquizofrenia e suas repercussões na estrutura da personalidade* [Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá].  
[https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=9156104](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=9156104)
- Fontenelle, J. P. (1925). Hygiene mental e educação. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1 (1), 1-10. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental-abhm/ano-1-numero-1-1925.pdf>

- Firmino, H. (1982). *Nos porões da loucura* (Coleção Edições Pasquim). Editora Codecri.
- Frances, A. (2017). *Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle.* (H. M. Corrêa, Trad.). Editora Versal.
- Franco, T., Druck, G., & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. bras. Saúde ocup.*, 35 (122), 229-248. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>
- Freire Figueira, F., & Boarini, M. L. (2014). Psicologia e higiene mental en Brasil: la historia por contar. *Universitas Psychologica*, 13 (5), 1801-1814. doi:10.11144/Javeriana.upsy13-5.phmb
- Freitas, M. C. de. (Org.). (2001). *História Social da Infância no Brasil*. Cortez Editora.
- Freitas, M. T. de A. (2002). A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos De Pesquisa*, (116), 21–39. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000200002>
- Freitas, G. C. de., Neto, L. A. A., & d'Avila, C. (2021, 05 maio). Fome no Brasil: a incerteza da comida na mesa em um país assolado pela Covid-19. *Casa de Oswaldo Cruz, Covid-19 e o Observatório História e Saúde – COC/Fiocruz*. <https://www.coc.fiocruz.br/todas-as-noticias/fome-no-brasil-a-incerteza-da-comida-na-mesa-em-um-pais-assolado-pela-covid-19/>
- Fundação Abrinq. (2019). Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2019. *Fundação Abrinq - Observatório da Criança e do Adolescente*. <https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2019-05/cenario-brasil-2019.pdf>
- Furtado, O., Bock, A. M. B., Rosa, E. Z., Gonçalves, M. da G. M., & Aguiar, W. M. J. de. (2022). A Psicologia Sócio-Histórica e os fenômenos estruturantes na sociedade capitalista neoliberal. In: A. M. B. Bock, E. Z. Rosa, M. G. M. Gonçalves, & W. M. J. Aguiar. *Psicologia sócio-histórica: contribuições à leitura de questões sociais*. EDUC: PIPEq.
- Garcia, M. R. V., Borges, L. N., & Antoneli, P. de P. (2015). A medicalização na escola a partir da perspectiva de professores de educação infantil: um estudo na região de Sorocaba-SP. *Revista ibero-americana de estudos em educação*, 9 (3), 536-560. <https://doi.org/10.21723/riaee.v9i3.7356>
- Goecking, D., Pereira, L., Santos, L. dos., Ferreira, L. E., Galvão, R. A., & Almeida, L. (2021). A Compulsão do TikTok e a Exibição de Transtornos Psicológicos. *Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação*, 44º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação - Virtual, 9 (10). <https://portalintercom.org.br/anais/nacional2021/resumos/ij02/rodrigo-arthur-galvao.pdf>

- Gondim, G. M. de M., & Sant'Anna, F. C. R. (2021). Vulnerabilidade socioambiental da população negra: o território na determinação social do processo saúde-doença. In: I. R. Barbosa, K. M. Aiquoc, & T. A. de Souza, (Orgs.). *Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil* (recurso eletrônico). Editora EDUFRRN, pp. 89-101. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/44949>
- Guedes, C. F., & Scarcelli, I. R. (2014). Acolhimento institucional na assistência à infância: o cotidiano em questão. *Psicologia & Sociedade*, 26 (n. spe.), 58-67. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000500007>
- Iamamoto, M. V. (2018). “Questão social” no Brasil: relações sociais e desigualdades. *ConCienciaSocial Revista digital de Trabajo Social*. 2 (3), 27-44.
- Innocencio, G., & Mendonça, M. A. (2021). O sofrimento psíquico na sociedade capitalista e neoliberal sob a ótica da determinação social do processo saúde-doença. *Revista Mosaico*, 12 (3), 16-22. <https://doi.org/10.21727/rm.v12i3.2779>
- Kahhale, E. P., Silva, C. R. de C., & Silva, A da. (2014). Psicologia Sócio Histórica: Historicidade X Naturalização, Desafios Da Produção Teórico-Práticos Em Saúde Pública. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 3 (1), 41-53.
- Kanner, L. (1966). Psiquiatria de los adultos y psiquiatria infantil. In: (L. Kanner, Org.). *Psiquiatria Infantil*. Editorial Psique, (41-44).
- Kelly, S. M. (2023, 23 de julho). Adolescentes usam redes sociais para se diagnosticarem com TDAH, autismo e outros distúrbios. *CNN Brasil*. <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/adolescentes-usam-redes-sociais-para-se-diagnosticarem-com-tdah-autismo-e-outros-disturbios/>
- Kramer, S. (1982). *A Política do pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce*. Editora Achiamé.
- Lacerda Jr, F. (2015). Podem as políticas públicas emancipar? In A. Lima, D. Antunes, & M. Calegare, (Orgs.). *Psicologia Social e os atuais desafios ético-políticos no Brasil* (Recurso eletrônico on-line). Associação Brasileira de Psicologia Social - ABRAPSO.
- Laurell, A. C. (1982). A saúde-doença como processo social. (E. D. Nunes, Trad.). *Revista Latinoamericana de Salud*, 2, 7-25.
- Leitão, I. B., Dias, A. B., Tristão, K. G., Ronchi, J. P., & Avellar, L. Z. (2020). Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. *Psicologia USP*, 31. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190011>
- Leonardo, N. S. T., & Suzuki, M. A. (2016). Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28 (1), 46-54. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1161>
- Leontiev, A. N. (2021). *Atividade, consciência e personalidade*. (P. Marques, Trad.). Editora Mireveja.

- Lobo, L. F. (2008). *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Editora Lamparina.
- Loyola, P. R. G. (2009). Valor e mais-valia: examinando a atualidade do pensamento econômico de Marx. *Argumentos Revistas de Filosofia*, 1 (2), 130-138.
- Luengo, F. C. (2010). *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância* (1ª Ed.). Editora UNESP - Cultura Acadêmica.
- Luxemburgo, Rosa (1977). *Introdução à economia política*. (C. Leite, Trad.). Livraria Martins Fontes Editora.
- Maciel, A. P. P., Gondim, A. P. S., Monteiro, M. P., & Meireles, H. A. de S. (2013). Avaliação do uso de psicofarmacos em crianças nos serviços de saúde mental em Fortaleza – Ceará. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo*, 4 (4), 18-22.
- Mandel, E. (1982). *O capitalismo tardio*. (C. E. S. Matos, R. de C. Andrade, & D. de A. Azevedo, Trans.). Editora Abril Cultural.
- Mara-Alve, G., & Oliveira-Vieira, V. M. de. (2022). A situação social do desenvolvimento como contribuição de Vigotski aos estudos sobre formação da personalidade. *Santiago*, 158, 33-48.
- Marfinati, A. C., & Abrão, J. L. F. (2014). Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. *Estilos clin.*, 19 (2), 244-262.
- Martín-Baró, I. (1996). O papel do psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2 (1), 7-27.
- Martín-Baró, I. (2017). *Crítica e libertação na psicologia: Estudos psicossociais* (1ª Ed.). (F. Lacerda Júnior, Trad.). Editora Vozes.
- Martins, L. M. (2020). Desamparo e sociedade capitalista: o que a Psicologia tem a dizer? In: S. C. Tuleski, A. de F. Franco, & T. M. Calve (Orgs.). *Materialismo histórico-dialético e psicologia histórico-cultural: refletindo sobre as contradições no interior do capitalismo* (1 Ed., E-book). Editora Universitária EduFatecie. <https://editora.unifatecie.edu.br/index.php/edufatecie/catalog/book/43>
- Marx, K. (2001). Teses sobre Feuerbach. In: Marx, K., & Engels, F. *A Ideologia Alemã*. (L. C. de C. e Costa, Trad.). Editora Martins Fontes.
- Marx, K. (2004). *Manuscritos Econômico-Filosóficos*. (J. Ranieri, Trad.). Editora Boitempo.
- Marx, K., & Engels, F. (2008). *Manifesto do Partido Comunista* (1ª Ed.). Expressão Popular.
- Marx, K. (2013). *O capital: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital*. (R. Enderle, Trad.). Editora Boitempo.
- Marx, K. (2006). *Sobre o suicídio*. (R. Enderle, & F. Fontanella, Trans.). Editora Boitempo.

- Masson, G. (2007). Materialismo histórico e dialético: uma discussão sobre as categorias centrais. *Práxis Educativa*, 02(02), 105-114.  
[http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-43092007000200003&lng=pt&tlng=pt](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-43092007000200003&lng=pt&tlng=pt).
- Mészáros, I. (2011). *Para além do capital : rumo a uma teoria da transição* (1ª Ed.). Editora Boitempo.
- Ministério da Saúde. (2002). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Ministério da Saúde. (2005). Caminhos para uma Política de Saúde Mental InfantoJuvenil (2ª Ed. Rev.). *Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Editora do Ministério da Saúde.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05\\_0887\\_M.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf)
- Ministério da Saúde. (2023a). *Sistema Único de Saúde – Gov.br*.  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>
- Ministério da Saúde. (2023b). *DATASUS (Departamento de Informática do SUS)*.  
[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Habilitacoes\\_Listar.asp?VTipo=0620&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=&VContador=283&VTitulo=H](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=0620&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=&VContador=283&VTitulo=H)
- Mioto, R. C. T. (2012). Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: H. B. de M. Sarmiento (Org.). *Serviço Social: questões contemporâneas* (1ª Ed.). Editora UFSC, pp. 125-138.
- Morais, B. P. de. (2022). *Medicalização da Infância: Estudo sobre as Pesquisas dos Programas de Pós-Graduação em Educação e Psicologia no Brasil (2010-2020)* [Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação – Nível de Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Campus de Francisco Beltrão/PR]. <https://tede.unioeste.br/handle/tede/6321>
- Netto, J. P. (2011). *Introdução ao estudo do método de Marx* (1ª Ed.). Expressão Popular.
- Oliveira, V. de. (1967). *Higiene e Puericultura*. Editora do Brasil S. A.
- Oliveira, B. (2005). A dialética do singular-particular-universal. In: Abrantes, A. A. et al. (Orgs.). *Método Histórico-Social na Psicologia Social*. Editora Vozes, pp. 25-51.
- Oliveira, W. F. de. (2009). Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (2), 48-61.
- Oliveira, A. A. S. de., & Canuto, L. T. (2019). Constituição sócio-histórica das infâncias no Brasil: análise das políticas públicas sociais. In: G. Toassa, T. M. C. S., & D. de J. da S. Rodrigues, (Orgs.). *Psicologia sócio-histórica e desigualdade social: do pensamento à práxis*. Editora da Imprensa Universitária, pp. 286-305.  
[https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1249/o/gisele\\_toassa-EBOOK.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1249/o/gisele_toassa-EBOOK.pdf)



- Organização Mundial de Saúde – OMS. (2022, 16 de junho). Relatório mundial sobre saúde mental: Transformando a saúde mental para todos. *Equipe da OMS - Saúde Mental, Saúde Cerebral e Uso de Substâncias (MSD)*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Oxfam. (2024). *As custas de quem? – A origem da riqueza e a construção da injustiça no colonialismo*. <https://www.oxfam.org.br/forum-economico-de-davos/as-custas-de-quem/>.
- Palmieri, R. P., & Zaniani, E. J. M. (2022). *Saúde Mental e suicídio na adolescência: contribuições da Psicologia Sócio-Histórica*. Editora CRV.
- Palmieri, R. P., & Corbelo, L. G. (2023). As Famílias na Situação Social do Desenvolvimento Infantil: Contribuições ao Atendimento Clínico. In: C. V. M. da Silva, (Org.). *Psicologia clínica infantil: enfoque histórico-cultural*. Edições UESB, 86-96.  
<http://www2.uesb.br/editora/?p=3007>
- Pande, M. N. R. (2016). *Medicalização, diagnósticos e prescrição de psicotrópicos para crianças na primeira infância: práticas discursivas de médicos que trabalham com crianças* [Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz].  
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20783>.
- Pasqualini, J. C., & Martins, L. M. (2015). Dialética singular-particular-universal: implicações do método materialista dialético para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 27 (2), 362–371. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p362>
- Patto, M. H. S. (2022). *Exercícios de indignação: escritos de educação e psicologia*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/9786587596310>
- Plural Curitiba. (2023, 22 de novembro). Escolas e pais enfrentam “Guerra dos laudos” e estamos todos perdendo. *Jornal Plural Curitiba*.  
<https://www.plural.jor.br/artigos/escolas-e-pais-enfrentam-guerra-dos-laudos-e-estamos-todos-perdendo/>
- Rego, M. B. do. (2017). *Medicalização da vida escolar: cartografia de práticas implicadas na produção do fracasso escolar e do “aluno-problema”* [Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza, CE]. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/24447>.
- Riedel, G. (1930). Impressões do 1º Congresso Internacional de Higiene Mental. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 3 (6), 195-198.
- Rizzini, I. (2021). Infância e processo político no Brasil. In: Rizzini, I., & Pilotti, F. (Orgs.). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil* (1ª Ed.). Cortez.

- Ruiz, A. L. (2004). ¿ Dónde está el síntoma en la atención psicológica infanto-juvenil?. *Rev. Hosp. Psiquiátr. La Habana*, 1 (2-3).
- Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9 (3), 460-483. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003007>.
- Sampaio, J. J. C. (1998). *Epidemiologia da imprecisão processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia* (online). Editora FIOCRUZ. <https://books.scielo.org/id/3vxf>
- Sanches, V. N. L., & Amarante, P. D. de C. (2014). Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. *Saúde Debate*, 38 (102), 506-514. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140047>
- Santos, M. da S., & Carvalho, L. A. A de. (2019). *Trabalho, “Questão Social” e Pauperismo*. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília (DF, Brasil). <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/249>
- Saviani, D., & Galvão, A. C. (2021). Educação na pandemia: a falácia do “ensino” remoto. *Universidade e sociedade: projeto da Andes-Sindicato Nacional*, Ano XXXI (67).
- Silva, R. P. da. (2009). Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12 (1), 195-208. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000100013>
- Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2015). Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 23 (2), 439-447. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>
- Taño, B. L., Matsukura, T. S., Minelli, M., & Constantinidis, T. C. (2021). Crianças, adolescentes e suas famílias: proposições para práticas comprometidas com o encontro. In: A. D. S. A. Fernandes, B. L. Taño, M. F. B. Cid, & T. S. Matsukura, (Orgs.). *Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial* (1ª Ed.). Manole, pp. 21-34.
- Teixeira, M. O. L. (2019). Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19 (2), 540-560.
- Viapiana, V. N., Gomes, R. M., & Albuquerque, G. S. C. de. (2018). Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde Debate*, 42 (4), 175-186. [10.1590/0103-11042018S414](https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414)
- Vigotski L. S. (1935). Desarrollo de los intereses en la edad de transición. In: L. S. Vygotsky. *Obras Escogidas Tomo IV*. Proletarios Biblioteca, (pp. 1-287). [https://proletarios.org/books/Vygotsky\\_Obras\\_Escogidas\\_TOMO\\_4.pdf](https://proletarios.org/books/Vygotsky_Obras_Escogidas_TOMO_4.pdf)
- Vigotski, L. S. (2000). *A construção do pensamento e da linguagem*. (P. Bezerra, Trad.). Editora Martins Fontes.

- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. (V. Ribeiro, Trad.). Editora Fiocruz.
- Zaniani, E. J. M. (2008). *Sob os auspícios da proteção: Moncorvo Filho e a higienização da infância* [Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade, da Universidade Estadual de Maringá]. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses-e-dissertacoes-defendidas/lista-de-paginas-de-teses-e-dissertacoes/sob-os-auspicios-da-protecao-moncorvo-filho-e-a-higienizacao-da-infancia>
- Zaniani, E. J. M., & Boarini, M. L. (2011). Infância e vulnerabilidade: repensando a proteção social. *Psicologia & Sociedade*, 23 (2), 272-281. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000200008>
- Zaniani, E. J. M. (2015). *Entre potências e resistências: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da atenção psicossocial* [Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras de Assis]. <http://hdl.handle.net/11449/132182>
- Zaniani, E. J. M. (2021). Contribuições da psicologia sócio-histórica para a pesquisa em saúde mental infantojuvenil. In: A. M. P. Alves, E. J. M. Zaniani, & R. H. de Moura (Eds.). *Pesquisa e intervenção em psicologia sócio-histórica: temas emergentes e práticas contemporâneas*. Paranaíba: EduFatecie, pp. 90- 118. <https://doi.org/10.33872/edufatecie.pesquisaeinterv.4>

## Apêndice I

### Roteiro para entrevista semiestruturada

1. Informações básicas do participante: Nome, idade, ocupação, estado civil, raça, religião, orientação sexual, identidade de gênero.
2. Me conte um pouco da sua trajetória profissional.
3. Me conte como é/foi sua vivência no Capsi/na clínica com crianças e adolescentes.
4. Como é/era realizado o acolhimento das demandas da família e dos usuários/pacientes?
5. Quais são/eram as principais demandas de crianças e adolescentes que chegam ao Capsi/da clínica?
6. Quais são/eram as práticas/intervenções que considera importante no cuidado em saúde mental infantojuvenil?
7. O que você compreende como sofrimento psíquico?
8. Quando se trata de sofrimento psíquico na infância e adolescência qual(is) fator(es) você considera que determina ou influencia esse processo?
9. Quais são(foram) os principais desafios da sua prática como profissional da saúde mental com crianças e adolescentes?
10. Você tem mais algum comentário ou experiência para compartilhar sobre o tema?
11. Você teria alguém para nos indicar para a entrevista?

## Apêndice II

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a),

Venho, por meio deste, convidá-lo(a) a participar como voluntário da pesquisa “A PRODUÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: Reflexões sobre infância e adolescência no capitalismo tardio”. O objetivo deste estudo é compreender a gênese sócio-histórica do sofrimento psíquico da população infantojuvenil no capitalismo tardio, a partir da experiência de profissionais que atuam no campo da Saúde Mental. Dentre os objetivos específicos, pretendemos desvelar como o modo de produção/reprodução da vida social se expressa na construção do sofrimento psíquico vivido na infância e adolescência; apresentar meandros que acompanham o desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental infantojuvenil e os processos de sofrimento psíquico desta faixa etária e analisar como os profissionais do campo significam esses processos a partir do que vem sendo apontado na literatura.

O estudo em questão terá a duração de 2 (dois) anos, tendo a previsão de término em julho de 2024, utilizando como metodologia a realização de entrevista. Somente os(as) pesquisadores(as) responsáveis terão acesso ao conteúdo, não sendo compartilhado por terceiros(as), bem como não haverá identificação dos dados.

As respostas fornecidas por você serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em hipótese alguma será revelada sua identidade no decorrer da pesquisa. Quando houver a necessidade de descrever qualquer situação, seu nome será substituído por um pseudônimo, escolhido aleatoriamente, assegurando, desta forma, sua privacidade, bem como resguardando a identificação do local de obtenção de dados.

Os dados obtidos nas entrevistas serão utilizados única e exclusivamente nesta pesquisa e os resultados serão publicados em forma de artigo científico em revista especializada da área de Psicologia, livro ou capítulo de livro, incluindo ainda a divulgação em eventos e/ou congressos e sites científicos, a fim de torná-los públicos.

Como sua participação será em caráter voluntário, em qualquer momento você poderá recusar-se a responder a qualquer pergunta contida no formulário ou até mesmo desistir de participar, retirando seu consentimento sem prejuízo algum. Ao participar, você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, bem como não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação na pesquisa. Após ler este Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar deste estudo, solicitamos a validação com sua assinatura.

Você não será submetido(a) a quaisquer riscos e os benefícios esperados com o estudo é de ampliar a literatura referente a produção do sofrimento psíquico infantojuvenil em uma perspectiva sócio-histórica.

Qualquer informação adicional ou esclarecimentos com relação à pesquisa poderá ser obtido junto ao pesquisador Adriane Erbs de Abreu, pelo telefone (64) 99981-1029 (disponível para receber mensagens via whatsapp) ou pelo e-mail: [adriane.erbs@gmail.com](mailto:adriane.erbs@gmail.com)

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA.

Eu, \_\_\_\_\_,

nº RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, CRP \_\_\_\_\_

abaixo assinado, concordo em participar desta pesquisa como sujeito. Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, tendo conhecimento sobre os procedimentos nela envolvidos, bem como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Maringá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

\_\_\_\_\_

RG:

CPF:

Contato:

\_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: Adriane Erbs de Abreu

RG: 5125063635

CPF: 07436662163

Contato: [adriane.erbs@gmail.com](mailto:adriane.erbs@gmail.com)

Telefone: (64)99981-1029

---

Pesquisadora Responsável: Ednéia José Martins Zaniani

RG: 7067981-1

CPF: 004671969-58

Contato: [ejmzaniani@uem.br](mailto:ejmzaniani@uem.br)

Telefone: (44) 30114291; 997306000

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM (COPEP): Av. Colombo, 5790, PPG, sala 4, CEP 87020-900. Maringá-Pr. Telefone: (44) 3011-4597, e-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br). Atendimento: 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira das 13h30 às 17h30.