

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E SUA INCIDÊNCIA SOBRE A INFÂNCIA

Data de aceite: 02/05/2024

À minha família, Osmar, Natalia e Marina

RESUMO: O presente trabalho tem por objetivo apresentar um estudo sobre a medicalização e sua incidência sobre a infância. Partindo do conceito de medicalização, é feita uma revisão histórica sobre a sua incidência na família brasileira a partir do século XIX e como este processo teve como foco principal a criação da criança. A partir da experiência da autora em um CAPS infantil da cidade de São Paulo, mostrar que é possível no serviço público oferecer às crianças com problemas no desenvolvimento um atendimento que favoreça a sua estruturação psíquica, como preconizado pela Reforma Psiquiátrica. A ideologia legitimadora da barbárie moderna, nas suas formas “científicas” e “biológicas”, favorece o recrudescimento da medicalização, dado que o capitalismo, na sua forma mais selvagem – o neoliberalismo – visa produzir consumidores e não a constituição de sujeitos de desejo, criando condições para que o complexo industrial medicina – indústria farmacêutica – indústria hospitalar opere com lucros cada vez maiores.

INTRODUÇÃO

A medicalização da vida não é um fenômeno contemporâneo. Ela tem seu início concomitantemente à urbanização do Brasil, ainda no Império:

A medicina social percebia que a urbanização forçava a mudança da família e que o Estado, apoiando a expansão da saúde pública, lhe havia creditado uma certa confiança que competia explorar até onde fosse possível. A intervenção na casa respondia, em parte, a esta movimentação estratégica. Encarregando-se da transformação higiênica do continente familiar, os médicos ganhavam terreno, ocupavam espaços vazios, tentavam apresentar-se como úteis, necessários, indispensáveis à sanidade de todos os locais físicos e sociais do universo urbano. (COSTA, 2004, p.113-114).

O cuidado com a infância, neste momento, ultrapassou a escola e a família, tendo dele se apropriado o discurso médico.

Na modernidade, a criança é a aposta para o futuro da civilização. Vorcaro coloca que, através de novos saberes e novas modalidades de controle, é necessário conhecê-la sob todos os aspectos, cuidar de modo a prevenir todos os riscos, otimizando suas potencialidades, (...) “são imperativos asseguradores do controle das incertezas do futuro da civilização e garantia da estabilidade da ordem social.” (VORCARO, p.220).

Na primeira metade do século XX, surge o movimento de higiene mental, cujo foco era a detecção precoce dos problemas mentais, em particular na infância, para além das paredes do asilo. No Brasil, este movimento sofre influência da Psicanálise, tendo como figuras-chave Arthur Ramos e Durval Marcondes.

Instituída pela Lei Federal 10216 de 2001, a Reforma Psiquiátrica mudou o paradigma de atendimento às crianças em sofrimento. Os CAPS infanto-juvenis chegam na cidade de São Paulo, em substituição aos hospitais-dia. Esses equipamentos, frutos da Reforma e herdeiros indiretos dos serviços de Saúde Escolar, têm seus pilares fundamentais na suposição do sujeito e sua singularidade, na transferência e no brincar, colocando-se, desta forma, em notória oposição à nosografia psiquiátrica, às terapias cognitivo-comportamentais e à medicalização.

No entanto, o capitalismo, para obter seus fins, precisa, no dizer de Oliveira, destruir as intenções de autonomia, de criatividade e de libertação. Citando Paulo Freire, o autor coloca que a sociedade de consumo tem a tendência necrófila, isto é, “(...) não precisa, não deseja e não quer seres humanos vivos e desejantes, lutadores e transformadores. Precisa robotizá-los, precisa destruir suas esperanças e direcionar suas energias para um só fim: consumir.” (FREIRE, 1970, apud OLIVEIRA, W., 2018, p. 15).

Após o golpe de 2016, vimos a barbárie sair das sombras e mostrar sua face horrenda. Os ataques à Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, ao modelo CAPS se tornaram virulentos. Apesar de não terem obtido sucesso na extinção desses equipamentos, fazem-no de forma insidiosa, terceirizando e sucateando os serviços.

Assim, vemos o círculo se fechar, pois a medicalização da vida e da infância, que hoje tem na medicina o elemento organizador de uma estrutura maior, como refere Oliveira, sendo que a medicina também é apropriada pela estrutura representada pelo complexo industrial medicina-indústria farmacêutica-indústria hospitalar. E, completa o autor: “(...) E, ainda, que este complexo é subsidiário da estrutura político-social capitalista, de orientação mercantilista.” (OLIVEIRA, 2018, p 12)

CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO

Foucault - autor fundamental para entender o processo da medicalização -, através da análise histórica dos pequenos poderes atuantes na sociedade, distinguiu “os agentes responsáveis pela criação dos padrões de comportamento social em *legais e normativos*”. (FOUCAULT, 1976, apud COSTA, J.F., 2004, p. 49)

A ordem da lei, cujo mecanismo principal é a repressão, impõe-se por meio de um poder punitivo, coercitivo, que age excluindo, impondo barreiras. A lei é teoricamente fundada na concepção jurídico-discursiva do poder e histórico-politicamente criada pelo Estado medieval e clássico. A norma, ao contrário, tem seus fundamentos histórico-políticos nos Estados modernos dos séculos XVIII e XIX, e sua compreensão teórica explicitada pela noção de dispositivos. Estes dispositivos são formados pelo conjunto das práticas discursivas e não discursivas, empregando uma tecnologia de sujeição própria.

As práticas discursivas que os integram compõem-se dos “elementos teóricos” que reforçam, no nível do conhecimento e da racionalidade, as técnicas de dominação. Estes elementos são criados a partir dos saberes disponíveis – enunciados científicos, concepções filosóficas, figuras literárias, princípios religiosos etc. – e articulados segundo as táticas e os objetivos do poder. As práticas não discursivas são formadas pelo conjunto de instrumentos que materializam o dispositivo: técnicas físicas de controle corporal, regulamentos administrativos de controle do tempo dos indivíduos e instituições, técnicas de organização arquitetônica dos espaços, técnicas de criação de necessidades físicas e emocionais etc.

É dessa combinação dos discursos teóricos e das regras de ação prática que o dispositivo extrai seu poder normalizador e, pela regulação, os indivíduos são adaptados à ordem do poder não somente pela abolição das condutas inaceitáveis, mas, principalmente, pela produção de novas características corporais, sentimentais e sociais. (COSTA, 2004, p. 50)

Para Foucault, os sentidos da medicalização estão ligados a:

1) um processo de sanitização, urbanização e, conseqüente, desenvolvimento da higiene pública e sanitária; e 2) processo de apagamento das fronteiras entre a medicina e a vida como um todo, ou seja, o processo de *medicalização indefinida*. (ZORZANELLI, 2018)

O Estado moderno, cuja característica é o desenvolvimento industrial, necessitava ter o controle demográfico e político da população e, com esta finalidade, criou dois tipos de intervenção normativa que, ao mesmo tempo que defendiam a saúde física e moral da família, executavam a política do Estado.

A primeira dessas intervenções deu-se através da medicina doméstica. Esta medicina, no interior da burguesia, estimulava a política populacional, reorganizando a família em torno da conservação e educação das crianças. A segunda, dirigiu-se às famílias pobres sob a forma de campanhas de moralização e higiene da coletividade. A filantropia, a assistência social e a medicina concertaram-se para manobrar os laços de solidariedade familiar e usá-los, quando preciso, na represália aos indivíduos insubordinados e insatisfeitos. Essas intervenções demográficas, junto aos ricos, e demográfico-políticas, sobre os pobres, permitiam a proliferação e a liberação de uma mão de obra politicamente dócil para o livre jogo do mercado de trabalho. A ação médico-filantrópica-assistencial conduzia a vida privada sem desprezar o pacto social. (COSTA, 2004, p 52)

O dispositivo médico introduziu-se na política de transformação familiar, compensando desta maneira as deficiências da lei. A medicina deu como resposta a higiene, cujo trabalho desenvolvido no século XIX foi montado sobre a ideia de que a saúde e a prosperidade da família dependiam de sua sujeição ao Estado, passando a classificar as condutas de lesa-Estado como antinaturais e anormais. Um dos objetivos fundamentais dos higienistas foi a conversão do universo familiar à ordem urbana.

Essa troca de favores entre a medicina e o Estado era orientada por um mesmo eixo lógico: o repertório de sentimentos e condutas, que antes eram administrados pela família, foram encampados pela medicina e através dela, devolvido ao controle estatal, para ser reinserido no tecido social, conforme uma dada articulação.

A família converteu-se de grande corpo socioeconômico em *célula da sociedade*. “Fracionando as relações de “casta”, religião e propriedade, a medicina preparou a família para acomodar-se e participar na criação dos valores de classe, corpo, raça e individualismo característico do Estado burguês.” (COSTA, 2004, p 151)

Se no século XVIII a medicalização das cidades foi de suma importância para o desenvolvimento social, como assinalado por Foucault, o segundo episódio, já mais contemporâneo, da medicalização indefinida, torna-se alvo de interesse, na medida em que, no século XX, a medicina perdeu suas fronteiras e passou a ocupar todo o campo social fora da demanda do sujeito. “A medicina passou, então, a fazer parte do cotidiano de todos, como uma intervenção sem demanda, incorporada à sexualidade, às escolas, às famílias e aos tribunais.” (ZORZANELLI, 2018). Assim, as práticas médicas estão em todos os lugares, pois a saúde se torna um objeto de desejo e de lucro, materializado no cultivo individual do corpo saudável, exaltado como ideal.

Somado a isto, vemos, nas sociedades ocidentais, o crescente deslocamento de problema inerentes à vida para o campo médico, transformando as questões coletivas, de ordem social e política, em questões individuais, biológicas.

A biologização, embasada em concepção determinista, em que todos os aspectos da vida são pretensamente determinados por estruturas biológicas rígidas e sem interação com o entorno, retira do cenário todos os processos e fenômenos característicos da vida em sociedade, como a historicidade, a cultura, valores, afetos, a organização social com suas dificuldades de inserção e de acesso. Essa redução da vida, com toda sua complexidade e diversidade, a apenas um de seus aspectos – células e órgãos, tornados estáticos e deterministas – é uma característica fundamental do positivismo. Assim, retira-se a vida de cena. (MOYSÉS e COLLARES, 2018, p 155)

Partindo deste pressuposto, no qual o futuro está determinado desde o princípio, está preparado o terreno para a medicalização, fenômeno cujo conceito foi proposto por Luz (1988) como:

(...) processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes. Este processo promove intervenções na sociedade, também políticas, articulado com o saber, produzido cientificamente em uma estrutura social. (LUZ, 1988, apud COSTA, 2018, p 12)

No entanto, cabe ressaltar que, apesar da medicina ser vista como o mecanismo organizador, ela mesma é apropriada pela estrutura maior representada pelo complexo industrial médico-hospitalar-farmacêutico, subsidiário da estrutura político-social capitalista de orientação mercantilista.

O conjunto articulado das ações da produção industrial, mobilização de atores-chave e promoção cultural através de propaganda massiva, levou a um ponto em que a máquina adquiriu vida própria e não depende mais, estritamente, de nenhum destes fatores, como dos médicos, para garantir o consumo excessivo e desnecessário de medicamentos. Por meio da produção cultural, os próprios pacientes já aprenderam a demandar o uso desses produtos e os médicos que se recusarem a receitar os produtos que especificamente são demandados são discriminados como negligentes ou maus profissionais. A voz do complexo médico-hospitalar-farmacêutico é hoje difusa, aparecendo em todos os meios que, de forma integrada e muitas vezes não explícita, promovem o capitalismo neoliberal como um todo. (OLIVEIRA, 2018, p 12-13)

MEDICALIZAÇÃO E INFÂNCIA

No Brasil Colônia, o conhecimento, para manter a solidez da propriedade, provinha da reedição das fórmulas de dominação usadas pelos antepassados, transmitidas através da tradição oral, e pela experiência própria. Em consequência, o velho era mais importante que o novo, na medida em que a informação útil tinha sua fonte no passado. O chefe da casa era, então, o porta-voz desses conhecimentos e, dessa maneira, seus interlocutores precisavam estar em condições de compreender o legado que ele se encarregava de transmitir. A criança, portanto, estava excluída desse rol, não merecendo a mesma consideração do adulto.

A organização socioeconômica familiar e o saber passadista que a estruturavam relegavam a criança a uma espécie de limbo cultural em que permanecia até a puberdade. Cimentando estes dois fatores, encontrava-se a visão religiosa da cultura. (...) A criança, enquanto ser biológico e sentimental, era desprezada pela religião. (COSTA, 2004, p 159)

O catolicismo se interessava pela criança apenas como signo de pureza e inocência, como modelo de perfeição espiritual, para servir de exemplo e correção à alma pecadora do homem. Então, a criança venerada pela igreja era o “anjo”, sendo essa imagem produto de uma dissociação da criança; isto é, a vida concreta recalcada em proveito da vida sobrenatural. No entanto, foi no culto à criança morta que a força desta representação aparece com nitidez.

No período colonial, a representação social e religiosa da criança monopolizava o sentido de sua vida. Os papéis culturais de “filho incapaz” e de “anjinho” superpunham-se e obscureciam sua condição de etapa biológico-moral no desenvolvimento do adulto. A vida infantil persistia cindida da vida dos mais velhos, como se seu cerne pertencesse a uma segunda natureza humana. Natureza imprecisa, expectante, que se mantinha em estado larvar até o despertar da puberdade. Entre o adulto e a criança, as ligações existentes eram de propriedade e religião. Fora disso, um fosso os separava. A “alteridade” e a descontinuidade entre um e outro eram radicais. (COSTA, 2004, p 162)

Segundo estatísticas, entre 1845 e 1847, a mortalidade de crianças entre 1 e 10 anos era em torno de 52 %. Diante desse número alarmante, os higienistas tiveram uma forte reação: a criança morta deixa de ser louvada, transformando-se numa bandeira contra esse sistema familiar, considerado como funesto para a infância.

A etiologia familiar da mortalidade de crianças era evidente. Os pais entregavam seus filhos às escravas ignorantes e deixavam-se assistir por parteiras inábeis. As crianças eram levadas tardiamente aos médicos. Vestiam-se mal e se alimentavam pior. Ou então, pela prática de casamentos consanguíneos e pela desproporção de idade entre os cônjuges – hábitos comuns na época – os adultos faziam subir em flecha a taxa de natimortos. Mais grave ainda, atados a superstições e arcaísmos religiosos, julgavam “uma felicidade” a morte dos filhos. (COSTA, 204, p 163)

Os higienistas, diante da conclusão de que a família colonial era nociva à infância, viram que era preciso uma nova organização doméstica, na qual o direito do pai teria que ser modificado – pois era ele o responsável direto por manter a sobrevivência dos hábitos do passado – com a consequente diminuição da assimetria de poder entre o casal parental.

Esse ideal de família poderia servir de súmula dos objetivos da higiene doméstica. Em primeiro lugar, o pai era situado no quadro familiar dentro de limites bem precisos. Ele deveria responsabilizar-se pela proteção material do filho. Tinha, por conseguinte, que buscar uma fonte de renda que não se opusesse ao bem-estar das crianças. Em segundo lugar, a mulher ganhava um papel autônomo no interior da casa, o de iniciadora da educação infantil. Sua função não seria a de mera guardiã do patrimônio do marido. Finalmente,

em terceiro lugar, os papéis da família e da infância eram redefinidos de modo a se contraporem ao antigo *ethos* familiar. Os filhos deveriam ser criados para amar e servir a “humanidade” e não para amar e servir à família. (COSTA, 2004, p 170)

Os direitos do Estado passaram, então, a admitir os direitos dos filhos. O casal deveria ser o tutor, e não mais proprietário, de filhos cuja propriedade era do Estado, da nação.

A ideia da família nefasta aos filhos, impensável nos tempos coloniais, começou a difundir-se no século XIX através da higiene. Ela pode ser tomada como o grande triunfo médico na luta pela hegemonia educativa das crianças. Apesar de todas as críticas por parte dos higienistas, não se chegava a propor que as crianças fossem isoladas do ambiente familiar.

Desta maneira, a apropriação médica da infância fez-se à total revelia dos pais com várias teorias demonstrando que eles eram empecilhos à saúde e, até mesmo, à própria vida dos filhos e, passando, desta maneira, a ensinar-lhes a maneira correta de se ocupar das crianças.

Os higienistas concebiam a criança como uma entidade físico-moral amorfa. A técnica pedagógica empregada era a de criação de hábitos. Isto é, a imposição de bons hábitos diminuía o uso de castigos, preveniam as más inclinações, seus efeitos eram duradouros e praticamente invisíveis. Assim, essa pedagogia visava também atingir os adultos.

O interesse pela criança era um passo na criação do adulto adequado a ordem médica. Produto de hábitos, este indivíduo não saberia nem quando, nem como, nem porque começou a sentir ou a reagir da maneira que sentia ou reagia. Tudo em seu comportamento deveria parecer à sua consciência como normal, conforme a lei das coisas ou a lei dos homens. (COSTA, 2004, p 175)

Portanto, as crianças, no século XIX, veem-se utilizadas como instrumento de poder, desta vez, contra os pais, em favor do Estado.

No momento em que esta família começou a se adaptar e essa nova ordem estatal, cessaram as acusações. E, por volta do final do século XIX, com os médicos satisfeitos com o resultado de seu trabalho, a família já podia assumir a tarefa de cuidar dos filhos.

O conjunto de interesses médicos-estatais interpôs-se entre a família e a criança, transformando a natureza e a representação das características físicas, morais e sociais desta última. As sucessivas gerações formadas por essa pedagogia higienizada produziram o indivíduo urbano típico do nosso tempo. Indivíduo física e sexualmente obcecado pelo corpo; moral e sentimentalmente centrado em sua dor e seu prazer; socialmente racista e burguês em suas crenças e condutas; finalmente, politicamente convicto de que da disciplina repressiva de sua vida depende a grandeza e o progresso do Estado brasileiro. (COSTA, 2004, p 214)

Cabe ressaltar que, na história da infância escrita seja no Brasil ou em outros lugares do mundo, existe um fosso enorme que separa a criança descritas pelas instituições governamentais ou não-governamentais daquelas da vida real. No primeiro, cabe a imagem normalmente associada à infância, do riso e das brincadeiras. No segundo, as crianças são orientadas para o trabalho, para o adestramento físico e moral.

No primeiro, habita a imagem ideal da criança feliz, carregando todos os artefatos possíveis de identificá-la numa sociedade de consumo: brinquedos eletrônicos e passagem para a Disneylândia. No segundo, o real, vemos acumularem-se informações sobre a barbárie constantemente perpetrada contra a criança, barbárie esta materializada no número sobre o trabalho infantil, sobre a exploração sexual de crianças de ambos os sexos, no uso imundo que o tráfico de drogas faz dos menores carentes, entre outros. (PRIORE, 2013, p 8)

DA CRIANÇA ANORMAL À CRIANÇA PROBLEMA: O MOVIMENTO DE HIGIENE MENTAL E A INFLUÊNCIA DA PSICANÁLISE

Os educadores, no século XIX, tratavam as crianças de tal maneira que elas deveriam adaptar-se a um planejamento rigidamente estabelecido, torturante para aquelas que, por serem portadoras de alguma deficiência e não conseguirem acompanhar as aulas, e para aquelas que, por serem mais dotadas, o conteúdo das aulas pouco lhes interessava.

Mas, ainda no século XVI, um padre beneditino, Ponce de Leon deu os primeiros passos para a educação dos surdos-mudos. E, praticamente três séculos depois, várias contribuições enriqueceram a educação de crianças portadoras de alguma deficiência: Itard e o selvagem de Avignon, Pereire e a educação sensorial, Pestalozzi e seu método intuitivo e natural e Séguin e seu método médico-pedagógico.

(...) Com o tempo, surgiram homens que trataram de humanizar e personalizar a educação. Estes homens, dos quais foi um destacado precursor o professor Pestalozzi, começaram a considerar os alunos como seres humanos que se diferenciavam entre si por sua capacidade, suas inclinações, suas ambições e sua formação emocional. (KANNER, 1971, p 28)

Segundo Ellen Key – escritora sueca citada por Ajuriaguerra e Kanner – o século XX foi o “século da criança”.

No primeiro decênio, houve a introdução da psicometria. Em 1905, Alfred Binet e Theodore Simon publicaram o primeiro projeto de uma escala para aferir quantitativamente a inteligência das crianças. Do ponto de vista prático, este método, concreto e seguro, ajudou os professores a adequar o ensino às possibilidades de assimilação dos alunos. Kanner refere que Binet constituiu, pela primeira vez, “uma tentativa vitoriosa de comprovar a heterogeneidade do ser humano, pelo menos no que diz respeito à sua capacidade de assimilação da educação escolar.” (KANNER, p 30)

É neste período, também, que surge o movimento da “Higiene Mental”. Os higienistas propunham medidas profiláticas para evitar doenças como a varíola e a tuberculose. Então, usando desse mesmo raciocínio, seria possível prevenir e corrigir a conduta, evitando, inclusive, que essas crianças fossem mandadas para o asilo, prática muito comum na época. Seu lema era prevenir a loucura e a delinquência.

Os higienistas mentais aprenderam a atender as crianças de personalidade entorpecida, tomando medidas *acerca* delas e *por* elas, mas somente no quarto decênio do século se estipulou a maneira de trabalhar também *junto* com elas. Antes as crianças eram colocadas em outros ambientes, lares de acolhida ou colégios internos, mais cômodos, frente a outras atitudes, menos perturbadoras, por parte de pais e professores. Mas eram deixados totalmente de lado no que diz respeito aos procedimentos terapêuticos. Geralmente encaravam seus problemas sem sua participação direta, passando por cima delas, como se disséssemos “sem o consentimento dos governados”. Os personagens principais da obra seguiam sendo “vistos, mas não ouvidos”. (KANNER, 1971, p 37)

Ajuriaguerra, citando Kanner, coloca o seguinte esquema:

(...) durante o primeiro decênio houve uma atenção maior para os problemas referentes à criança e, em particular, sobre sua instrução; no segundo decênio, trabalha-se a seu favor, criando, principalmente, os organismos comunitários; no terceiro decênio, a ação se localiza sobre o grupo familiar e escolar; finalmente, durante o quarto decênio, trabalha-se diretamente com a criança.” (AJURIAGUERRA, 1983, p 4)

Em 1926, é publicada a primeira obra de Anna Freud, pioneira da psicanálise infantil. Ela propõe uma abordagem inovadora para o exame e tratamento das crianças - o brincar - que, além de ser um dispositivo natural da infância, possibilita a manifestação dos sintomas e dá a direção da cura.

Entretanto, para os higienistas, a ideia de nocividade familiar culminou com as teses sobre alienação mental, sendo que a família se tornou um dos principais determinantes da loucura e o isolamento do louco, uma das regras fundamentais para o seu tratamento. E aí se incluíam as crianças tidas como anormais.

O “Hospício do Juquery”, idealizado por Franco da Rocha, foi inaugurado em 1898, sendo o único hospital psiquiátrico da cidade de São Paulo na época. Em 1922, foi construído o pavilhão para os “menores anormais”; até então, as crianças ficavam misturadas aos outros pacientes nos diversos pavilhões. Em 1926, foi criada, dentro do agora Hospital do Juquery, a primeira escola para crianças anormais. Em 1929, foi construído um novo edifício para os menores educáveis e um pavilhão asilo para os ineducáveis. Ou seja, para os ineducáveis, os cuidados médicos e higiênicos; para os educáveis, a pedagogia corretiva.

O fato é que grande parte dessas crianças passará a vida dentro do hospício. Sairão da Escola Pacheco e Silva para o Pavilhão Asilo, deste para os pavilhões adultos caso sejam agitados ou para as colônias caso sejam tranquilos, conforme Pereira. (CYTRYNOWICZ, 2002, p 32)

Em 1947, a Divisão de Psicopatologia Infantil contava com uma seção masculina, dividida em cinco clínicas; uma seção feminina, com cinco clínicas e uma seção especializada, também com cinco clínicas. Até 1980, todos esses pavilhões continuavam em funcionamento.

Em seu livro de memórias sobre o Juquery, o psiquiatra infantil Haim Grünspon lembra de uma menina de quatro anos internada no pavilhão das crianças na década de 1950: “Um trapo humano que viera ao Juquery como depósito de farrapos humanos. Pela persistência dele [psiquiatra responsável] no diagnóstico, encontrara resquícios de humanidade nesta menina e insistiu que eram traços autistas perturbando a mente desta infeliz na vida. Diferente, muito diferente de inúmeros farrapos que rastejavam no pátio e no pavilhão e mesmo na ‘escolinha’, onde muito pouco se podia fazer por elas.” (CYTRYNOWICZ, 2002, p 32)

O médico alagoano e grande entusiasta da Psicanálise Arthur Ramos criou em 1933 no Rio de Janeiro a Seção de Ortofrenia e Higiene Mental do Departamento de Educação do Distrito Federal. A instituição mantinha clínicas de orientação infantil em escolas com o objetivo de diagnosticar e ajustar as “crianças problema”. Este trabalho possibilitou a diferenciação, na educação brasileira, entre a criança com problema emocional e a deficiência intelectual, antes tratadas indiscriminadamente como “crianças anormais”.

Em 1938, Durval Marcondes, discípulo de Franco da Rocha e adepto da Psicanálise, fundou a Clínica de Orientação Infantil do Departamento de Educação do Estado de São Paulo, seguindo o modelo proposto por Arthur Ramos, para assistir ao escolar deficitário. Os resultados desse trabalho, cuja proposta era atender crianças com dificuldade de aprendizado a partir de duas intervenções: realização de avaliações multiprofissionais e promoção de modificações ambientais na escola e na família, foi publicado em 1946, no livro “Noções gerais de higiene mental da criança”.

No Rio de Janeiro, em 1942, foi inaugurado o Hospital Neuropsiquiátrico da Infância em Engenho de Dentro e, em 1953, foi criada a Clínica de Orientação Infantil ligada ao Instituto de Psiquiatria da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil.

Esta instituição, que contou com a presença de Georges Heuyer [primeiro catedrático de Psiquiatria Infantil da Europa] em sua inauguração, demonstrando a influência da psiquiatria de língua francesa em sua proposta de atuação, esteve sob a direção de José Affonso Neto e contou com a presença da médica e psicanalista Marialzira Perestrello, que foi encarregada da orientação psicológica. A Clínica adotou uma orientação multiprofissional, com avaliação psicológica e neuropsiquiátrica, além de orientação pedagógica, que em conjunto, demonstravam uma orientação psicodinâmica enquanto fundamento filosófico a subsidiar a prática de psiquiatria infantil. (ABRÃO, 2020, p 17)

Na década de 1940, destaca-se o pediatra Stanislaw Krinsky, grande estudioso da Deficiência Mental e suas etiologias, que formatou o atendimento multidisciplinar da APAE-SP.

Em 1956, o pediatra Pedro de Alcântara Marcondes Machado, professor catedrático da Clínica Pediátrica e Higiene da Primeira Infância da FMUSP, criou o Serviço de Higiene Mental e Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas. Com uma equipe multiprofissional, que contava com Dulce Marcondes Machado e Oswaldo di Loreto, que “(...) teve como foco não apenas o tratamento clínico-ambulatorial das patologias mentais da infância, mas também a adoção de medidas preventivas em saúde mental.” (ABRÃO, 2020, p 17)

Em 1961, começou a funcionar o Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SEPIA) ligado ao Departamento de Psiquiatria da FMUSP, coordenado por Eneida Matarazzo, cujas ações se baseavam na proposta descritiva da nosografia psiquiátrica e na intervenção hospitalar.

Em Porto Alegre, foi fundada, em 1965, a Comunidade Terapêutica de Crianças Léo Kanner, coordenado por Luiz Carlos Osório, primeira instituição deste gênero criada no Brasil, que tinha como fundamentos terapêuticos a humanização do atendimento e a ambientoterapia, sem prescindir de outras intervenções psicoterápicas ou medicamentosas, caso necessário.

Em Diadema, na grande São Paulo, em 1968, Oswaldo di Loreto e Michael Schwarzschild fundaram a Comunidade Terapêutica Infância, que

(...) surge com essa filosofia, inspirada no trabalho de Maxwell Jones, psiquiatra sul-africano radicado na Inglaterra, criador do conceito de comunidade terapêutica. A prática desenvolvida nesta instituição visava inserir a criança em um ambiente social saudável e cuidadosamente orientado, de forma que a ambientoterapia não se constituía apenas uma forma humanizada de tratar o paciente, mas sim um mecanismo de tratamento, que se integrava a terapêuticas tradicionais como psicoterapia e administração de fármacos. (ABRÃO, 2020, p 21)

As comunidades terapêuticas representaram um marco de transição entre um modelo de psiquiatria sustentado em internações prolongadas em grandes manicômios e o surgimento de proposta terapêuticas, pautadas no movimento da antipsiquiatria, que incorporavam recursos técnicos vindos do psicodrama e da psicanálise, com o objetivo principal de diminuir a exclusão social dos pacientes.

Por seu turno, a Psicanálise, enquanto sistema teórico sobre o desenvolvimento infantil e método psicoterápico voltado à infância, exerceu influência significativa sobre a psiquiatria infantil brasileira, com particular destaque entre as décadas de 1960 a 1980. Em uma fase em que a psiquiatria clássica, fundada em um modelo descritivo e organicista, ainda dispunha de poucos recursos para compreender e tratar a doença mental da criança, a Psicanálise, fundada em hipóteses que encontravam no ambiente social e familiar a origem do sofrimento psíquico na infância, possibilitou o desenvolvimento de uma vertente ambientalista na psiquiatria infantil brasileira, que ganhou ímpeto, não só em relação à etiologia da doença mental, como também como recurso terapêutico apto a tratá-la, por intermédio de abordagens psicoterápicas. A mencionada influência psicanalítica encontrava-se em plena consonância com o movimento filosófico denominado antipsiquiatria que, a partir da

década de 1960, passou a questionar o modelo asilar e de exclusão social que caracterizava a psiquiatria de então. Desta forma, na busca de novas referências, a psiquiatria infantil encontrou sua identidade na aproximação com a teoria psicanalítica, tendência essa que perdurou até o final da década de 1980, quando se evidencia uma inversão desta perspectiva, com a crescente demanda pelos psicofármacos. (ABRÃO, 2020, p 25)

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIS: UMA MUDANÇA DE PARADIGMA

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se no final da década de 1970 com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, não por coincidência concomitante a redemocratização do país.

Argumenta-se hoje que, assim como a psiquiatria cria paradigmas tais como alienação, degeneração ou ainda doença mental e advoga uma incapacidade de juízo, de razão, de participação social do louco, ela constrói como projeto terapêutico nada mais que um espaço de exclusão: o manicômio.

Dessa forma, o ideal de uma Reforma Psiquiátrica, após Basaglia, seria uma sociedade sem manicômios, isto é, uma sociedade capaz de abrigar os loucos, os portadores de sofrimento mental, os diferentes, os divergentes, uma sociedade de inclusão e solidariedade! (AMARANTE, Memória da loucura, MS)

A Lei n 10.216, de 6 de abril de 2001, define os princípios e diretrizes fundamentais para a implementação da política pública de saúde mental. Sua aprovação foi o resultado de uma construção de diversos atores: profissionais da área de saúde, sociedade civil organizada e, principalmente, o movimento de luta antimanicomial.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de acordo com a Portaria GM/MS n 3088, tem como diretrizes:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Combate a estigmas e preconceitos;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- Desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social para a promoção de autonomia e o exercício da cidadania;
- Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços estratégicos para a Reforma Psiquiátrica. Eles têm caráter aberto e comunitário, atuando nos territórios, justamente no cenário onde se desenvolve a vida cotidiana. Sua missão é garantir o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e suas famílias. São serviços substitutivos ao modelo asilar e, em função disso, representam uma mudança de paradigma no atendimento do sofrimento e do transtorno mental.

E é neste contexto que quero relatar a minha experiência como psiquiatra da infância e adolescência em um CAPSi na zona sul da cidade de São Paulo entre os anos de 2001 e 2009.

Em 2001, quando iniciei meu trabalho nesta unidade da zona sul da cidade de São Paulo, ela ainda era um hospital-dia infantil, herdeiro das clínicas de saúde escolar. Por ser um “hospital”, a presença do psiquiatra era imprescindível, até mesmo para manter a unidade aberta. Era o psiquiatra que fazia as triagens e decidia se o caso era elegível para atendimento. Ou seja, um modelo centrado no médico e no isolacionismo, pois preconizava que as crianças deveriam permanecer no serviço o período integral, de segunda a sexta-feira. No entanto, a equipe já não trabalhava desta maneira, argumentando que as crianças precisavam ir à escola, ter um tempo de brincadeiras e convivência em casa; enfim, não deveriam ficar encerradas em um serviço de saúde mental. Nota-se aqui o quanto a formação paralela dos profissionais impulsionou a transformação da abordagem clínica, dando espaço e lugar para que o sujeito tivesse a chance de comparecer em cada criança. Formação paralela na qual, seguramente, a Psicanálise teve um papel protagonista.

Em 2002, com a entrada do SUS na cidade de São Paulo, e obedecendo a Lei da Reforma Psiquiátrica, o hospital-dia deu lugar ao Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). E isso não foi apenas uma mudança de nome, mas uma mudança de paradigma no atendimento das crianças, pois as diretrizes do equipamento CAPS eram bem claras, principalmente quanto à elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a proposta de inclusão das crianças na escola e em projetos sociais no contraturno escolar, dentro seu território – algo que já era feito pela equipe, agora com respaldo da lei.

O modelo CAPS tem, no seu bojo, a horizontalização das relações dentro da equipe. Isto quer dizer que o psiquiatra não é mais a voz de mando e precisa aprender a ouvir e respeitar a opinião dos demais especialistas, tarefa que não é fácil para o profissional em cuja formação está implícita a chefia de uma equipe.

Eu já vinha de uma experiência bastante longa de trabalho em equipe multidisciplinar na APAE-SP. Isto facilitou muito a minha integração ao serviço... Porém, havia entre nós outros pontos de convergência: todos os profissionais eram atravessados, de alguma

forma, pela Psicanálise e atentos ao processo de medicalização, evitando patologizar os comportamentos absolutamente comuns da infância.

Uma das principais diretrizes do CAPS, como vimos anteriormente, é a lógica interdisciplinar. No entanto, posso afirmar que tínhamos uma prática clínica transdisciplinar, que, certamente, teve uma incidência decisiva na transformação das práticas institucionais públicas no campo da saúde mental.

(...) É nesse âmbito interdisciplinar onde se produz o apoio específico de um terapeuta para que o outro possa intervir, tendo em conta o modo de intervenção possível na função afetada que não é sua especialidade. Tal modo de abordar a psicopatologia da infância implica estar disposto a um debate constante, caso a caso, para determinar a prevalência da série que, em tal oportunidade, tem um papel causal. Neste debate podem surgir questionamentos discursivos que, algumas vezes, conduzem a conceitos que são capazes de atravessar operatoricamente as diferentes disciplinas, e neste caso estamos na presença de um conceito transdisciplinar. (JERUSALINSKY, 2018, p 138)

Apesar da Portaria prever que o atendimento era para crianças de 0 a 12 anos para ingresso, as crianças chegavam por volta de seis a oito anos, quando entravam no ensino fundamental e os problemas tornavam-se incontornáveis. A grande maioria dos pacientes eram encaminhados pelas escolas. **No entanto, é preciso ressaltar que as mães haviam percebido que algo não ia bem desde que a criança era ainda bem pequena, principalmente quanto as aquisições dos aspectos instrumentais.** Relatavam que seus questionamentos eram invalidados pelos pediatras e que, após muita insistência, conseguiam um encaminhamento para o neuropediatra; mas isso não resolvia a angústia da família, pois essa consulta demorava muito para acontecer e, no geral, resultava em um pedido de eletroencefalograma e de uma tomografia que demoravam mais ainda. E o resultado, na grande maioria dos casos, era absolutamente normal. Ai, a criança, já maior e com mais dificuldades, era encaminhada para o psiquiatra da infância.

Note-se que o propósito do encaminhamento não era visando uma avaliação multidisciplinar, mas que o psiquiatra desse seguimento a medicação prescrita pelo colega, mesmo que não houvesse qualquer diagnóstico estabelecido.

A avaliação psiquiátrica, então, era uma longa anamnese, não com a finalidade de estabelecer um diagnóstico fechado, mas de conhecer aquele pequeno paciente, suas dificuldades e, também, suas habilidades, aspecto muito pouco valorizado, inclusive pela família, que se mostrava muito surpreendida com este questionamento.

Para poder acompanhar os casos, foi necessário que se estabelecesse a transferência.

Os pais buscam tratamento para a criança porque não se resignam com a sua deficiência, e por isso buscam tratamento; ao mesmo tempo que se resignam a que há algum limite em jogo, senão não buscariam uma ajuda específica.

Há um paradoxo que se apresenta na neurose de transferência, inicialmente pela idealização do terapeuta. Nesse momento, os pais se infantilizam diante do terapeuta, supondo-lhe todo saber. O desdobramento da transferência implica a passagem da infantilização e identificação imaginária inicial ao desdobramento de um saber fazer; quando se operou o trabalho, os pais retomam a função com o filho. (JERUSALINSKY, 2021)

Apesar dos critérios de elegibilidade serem bastante claros, não se dá o mesmo com os diversos quadros clínicos. As reuniões de equipe, de presença obrigatória, eram extremamente ricas, pois todos os pacientes eram discutidos, não somente para entrada no serviço, mas também durante a permanência. Se estamos falando de um sujeito de desejo em estruturação, precisamos estar atentos aos deslocamentos do sintoma que o processo terapêutico irá propiciar.

Além disso, é de suma importância ficarmos atentos a lesão fantasmática, isto é, como nos coloca Jerusalinsky:

Quando a marca que um bebê recebe não transborda o funcionamento da função, se não a erogeiniza, a produção pode até se dar, pode até ocorrer o funcionamento da função, mas é um funcionamento que exclui a extensão simbólica que o objeto pode vir a ter como representante do laço desejante com o Outro. Por isso uma pequena criança autista (...) pode apresentar diferentes aquisições instrumentais, mas o modo como tal instrumental se coloca na exploração do meio e no encontro com os outros leva a marca de como ela está psiquicamente constituída – leva a *marca de uma demanda de exclusão*. (Jerusalinsky, 2002, p 159)

As crianças maiores já chegavam para o atendimento com esta marca e, conseqüentemente, destituídas de seu saber. na medida em que a lesão fantasmática acaba por produzir, eventualmente, danos maiores do que a lesão real que, nesses casos, não era aparente ou sequer existia. Então, o grupo de família era parte fundamental do trabalho, com o propósito de possibilitar o deslocamento do lugar dado à criança e com objetivo de dar sustentação à função materna e paterna.

O tratamento proposto era, preferencialmente, em grupos pequenos e com coterapeutas. “O grupo funciona como um potencial de apoio e de contato e, além disso, pode permitir uma experiência de re-apoio do desenvolvimento psíquico àqueles cujos primeiros apoios foram insuficientes ou inadequados.” (TOLEDO, 2021, p 401).

Através do brincar, tanto os aspectos estruturais quanto os instrumentais eram trabalhados nos grupos e nas oficinas terapêuticas

O brincar é fundamental como instrumento de avaliação e enquanto intervenção terapêutica na infância. Jerusalinsky coloca que

(...) o brincar é sintoma constituinte do sujeito na infância. Com ele, a criança produz resposta ao paradoxo temporal ao qual está confrontada: entre a antecipação simbólica – que situa, desde o inconsciente parental, seu lugar na filiação, sexualização e identificação – e a imaturidade real de seu corpo.” (JERUSALINSKY, 2014, p 232)

Para S. Lebovici e R. Diatkine, o jogo é um meio de relação da criança com o adulto. Por ele, ela não exprime somente as possibilidades que a criança tem de se opor à sua dependência e de adquirir uma certa autonomia; ela pode também simbolizar ou exprimir relações positivas: ele pode ser uma das formas de relações as mais válidas e as mais construtivas com o adulto. Por outro lado, não somente o jogo desempenha um papel na estruturação dos modos particulares da relação objetal, mas ele exprime diretamente esta relação. (LEBOVICI e DIATKINE apud AJURIAGUERRA, 1983, p 74 – 5)

No entanto, este serviço carregava em si uma grande dificuldade: o fim do tratamento. No tocante as famílias, apesar da alta ser um processo que se estendia por um tempo razoável, a sensação de desemparo gerava angústia e elas procuravam manter as crianças no atendimento. Em certa ocasião, todas as crianças de um certo grupo, com idade por volta dos 10 -11 anos, passaram a apresentar enurese noturna. A equipe concluiu que era, de fato, um dos únicos sintomas que não poderíamos contestar e muito menos averiguar. Achamos a saída bastante criativa, nos surpreendeu.

As equipes que trabalham com pacientes com graves problemas de desenvolvimento apresentam bastante dificuldade em perceber que, chegado um ponto do tratamento, ele irá parar seguramente de contribuir para a melhora do paciente e, não é infrequente que alguns pacientes fiquem por anos em atendimentos ineficazes.

Trata-se de crianças, depois jovens, que podem necessitar de tratamentos durante muitos anos de sua vida. O importante nisso é que cada terapeuta saiba pôr um ponto final à fase em que lhe coube intervir. Se o terapeuta pretende acompanhar a criança durante toda a vida, será porque não quer devolver à criança e aos pais a plenitude de sua relação, com os limites que ela pode ter.

Os tratamentos nesse tipo de patologia têm seu limite de recuperabilidade e, por isso, as crianças continuam sempre dando a impressão de que necessitam mais dessa ou daquela coisa. Nesse limite de recuperabilidade está o fim do tratamento, ali, no corte, é que o terapeuta, criança e pais resignam-se ao que nunca chegará a se produzir: cura total. (JERUSALINSKY, 2010, p 97)

Este CAPSi, com esta equipe tão peculiar, com o trabalho pautado pela ética e pelo respeito ao paciente e sua família, foi desarticulado em 2009.

O RECRUDESCIMENTO DA MEDICALIZAÇÃO NOS TEMPOS DA BARBÁRIE

A palavra barbárie, no dicionário, significa falta de civilização.

O filósofo Michael Löwy coloca que

o processo civilizador tem como um de seus aspectos mais importantes é que a violência não é mais exercida de maneira espontânea, irracional e emocional pelos indivíduos, mas ela é monopolizada e centralizada pelo Estado, mais precisamente, pelas forças armadas e pela polícia." (LÖWY, 2010)

No entanto, o filósofo coloca, citando Marx, que “a barbárie reapareceu, mas desta vez ela é engendrada no próprio seio da civilização e é parte integrante dela. É a barbárie leprosa, a barbárie como lepra da civilização.” (MARX, apud LÖWY, 2010)

Trata-se, nos séculos XX e XXI, de uma barbárie moderna, que apresenta as seguintes características:

- Utilização de meios técnicos modernos. Industrialização do homicídio. Exterminação em massa graças às tecnologias científicas de ponta.
- Impessoalidade do massacre. Populações inteiras – homens e mulheres, crianças e idosos – são “eliminados”, com o menor contato pessoal possível entre quem toma a decisão e as vítimas.
- Gestão burocrática, administrativa, eficaz, planejada, “racional” (em termos instrumentais) dos atos bárbaros.
- Ideologia legitimadora do tipo moderno: “biológica”, “higiênica”, “científica” (e não religiosa ou tradicionalista) (LÖWY, 2010)

Esse Estado, que é o Estado da classe dominante, mantém-se, basicamente, segundo Althusser, através de dois tipos de Aparelhos:

o Aparelho repressivo do Estado (ARE), que compreende o Governo, a Administração, o Exército, a Polícia, Os tribunais, as Prisões etc. e os Aparelhos Ideológicos do Estado que são “um certo número de realidades que se apresentam ao observador imediato sob a forma de instituições distintas e especializadas.”. Enquanto o ARE funciona, principalmente, pela violência, os AIEs funcionam pela ideologia, que é a da classe dominante. (ALTHUSSER, p 43)

A barbárie moderna tem uma ideologia legitimadora que, no caso da infância, é a escola, um dos AIEs, que irá exercer a função de estabelecer a norma.

(...) ao se organizar a partir de categorias da saúde, sejam elas consistentes, densas, consolidadas ou não, a educação posiciona-se de maneira subordinada aos movimentos do campo da saúde. Ora, uma determinada entidade nosológica pode sumir, reaparecer, deslocar-se, ser execrada pela comunidade científica. Seja qual for a movimentação, a educação permanece, de maneira mais ou menos reflexiva, contribuindo para a institucionalização, a cristalização de certos aspectos da saúde, mesmo que a própria Saúde crie novas movimentações. Afora o anacronismo constituído, a categoria “transtorno global do desenvolvimento” vai criando uma espécie de vida própria na educação, sem base científica nem nos saberes educacionais, nem nos da saúde, passando a constituir-se como mera ideologia. E é fácil perceber que a reprodução da ideologia não faz laço com os pressupostos da educação inclusiva.” (ANGELUCCI & RODRIGUES, 2018, p 107)

Desde a década de 80 do século passado, assistimos a expansão de uma psiquiatria inspirada e formada pelos processos de biologização e cerebrização da vida que vai contribuindo cada vez mais na constituição da percepção de que somos seres somáticos e neuroquímicos. Essa nosografia reduz radicalmente a complexidade das formas relacionais de sentir e agir e, deste modo, alimenta o processo de medicalização.

(...) Na trajetória que estamos descrevendo, foi se apagando esse esforço por ver e escutar um sujeito, com todas as dificuldades que ele tivesse para dizer, e foi-se substituindo pelo dado ordenado segundo uma nosografia que apaga o sujeito. É assim que se transporta o autismo para o terreno dos transtornos do desenvolvimento. É assim que os problemas deixam de ser problemas para serem transtorno. É uma transformação epistemológica importante, e não uma mera transformação terminológica. Um problema é algo para ser decifrado, interpretado, resolvido; um transtorno é algo a ser eliminado, suprimido porque molesta. (JERUSALINSKY, 2011, p 238)

Aliado a isto, a existência normalizada que, atualmente, reduz a multiplicidade de modos de estar no mundo aos critérios biológicos, vemos que, como coloca Caliman (2016), nos processos de medicalização, o cuidado é atrelado a um saber que tem a norma como parâmetro central.

Diante do exposto, não é difícil entender o porquê de equipamentos como o CAPS e, por conseguinte, a Reforma Psiquiátrica, são objeto de ataques constantes por parte da psiquiatria organicista que, aliada ao atual governo de cunho autoritário, vai, por meio de decretos espúrios, retirando verbas de programas ligados à melhoria e ampliação do atendimento ao sujeito em sofrimento, para aloca-las em comunidades terapêuticas que, em sua grande maioria, não apresenta qualquer ponto de contato com o modelo de Maxwell Jones.

E isso também se aplica à Psicanálise, pois ela parte do princípio de que aquele que sofre é, apesar e além do diagnóstico, um sujeito de desejo e, também, de direitos, o que pouco ou nada interessa para o capitalismo, pois este apenas necessita de consumidores e não de sujeitos criativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicalização, como pudermos ver, não é um fenômeno da contemporaneidade. Ele vem se sofisticando ao longo do tempo de forma que, atualmente, através da mídia, a ordem médico – hospitalar – farmacêutica vai imiscuindo-se na existência humana, com o propósito de patologizar aquilo que se apresenta fora da norma.

Berlinck, em 1988, escreveu sobre o Brasil: (...) “Uma nação miserável, ignorante, analfabeta e, consequência inevitável disso tudo, pretensiosa e prepotente em que a cultura pouco vale e, portanto, onde o caminho para a palavra encontra-se irremediavelmente barrado.” (BERLINCK, 1988, p 76). Apesar de terem se passados mais de trinta anos, essa reflexão é, infelizmente, de uma atualidade atroz

No entanto, a despeito deste cenário dantesco, a clínica – exercida com ética e supondo sempre, em cada paciente que acolhemos, um sujeito de desejo e de direitos, respeitando a sua singularidade -, é o caminho para que a palavra circule e que o sujeito, ainda que soterrado pelas adversidades e pelo sofrimento, possa advir.

AGRADECIMENTOS

À toda equipe do Instituto Travessias da Infância: Centro de Estudos Lydia Coriat pela acolhida afetuosa.

À Julieta Jerusalinsky pelo incentivo.

Aos colegas que participaram comigo desta aventura e com quem aprendi muito.

A todos os pacientes que atendi nesta longa trajetória, que me ensinaram a enorme complexidade do ser humano.

Aos colegas do CAPSi Santo Amaro pela parceria, amizade e, principalmente, por entender que o psiquiatra não serve apenas para medicar.

Aos colegas do CAPSij Móoca por terem me recebido num momento delicado.

À minha mãe, Therezinha (*in memoriam*), pelo apoio incondicional, pela criação amorosa e pela profunda confiança no meu potencial.

Ao meu pai, Daniel (*in memoriam*), por incentivar desde muito cedo minha curiosidade intelectual e pela liberdade, para que eu escolhesse meus caminhos.

Ao Osmar, meu companheiro, por toda a ajuda ao longo desses trinta e oito anos de vida em comum.

À Natalia e Marina, minhas filhas, que me ensinaram que “as crianças falam. Os adultos é que não as escutam”.

REFERÊNCIAS

1. ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Os primórdios da Psiquiatria Infantil e seus reflexos no Brasil. *Memorandum*, UFMG, n 37, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/50104-597020190004000008>
2. AJURIAGUERRA, Julian de. *Manual de Psiquiatria Infantil*. São Paulo: Masson, 1983.
3. AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira (Org.) *Patologização e Medicalização da Vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni, 2018.
4. ANGELUCCI, Carla Biancha & RODRIGUES, Isabel de Barros. Heranças Renitentes do Modelo Biomédico na Educação Especial: O que se Pe(r)de no Encontro entre Profissionais da Educação e da Saúde? In: AMARANTE, Paulo, PITTA, Ana Maria Fernandes, OLIVEIRA, Walter Ferreira. *Patologização e Medicalização da Vida: Epistemologia e Política*. São Paulo: Zagodoni Editora, 2018.
5. ALTHUSSER, Louis. *Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado*. Disponível em: <https://www.gepec.ufscar.br>
6. BERLINCK, Manoel Tosta. *Psicanálise da clínica cotidiana*. São Paulo: Escuta, 1988.
7. BRASIL Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília, 2011.
8. CALIMAN, Luciana. Infâncias Medicalizadas: Para Quê Psicotrópicos para Crianças e Adolescentes. In: CAPONI, Sandra; VÁSQUEZ-VALENCIA, Maria Fernanda; VERDI, Marta (Org.). *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância*. São Paulo: LiberArs, 2016.
9. COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

10. COUTO, Daniela Paula do; SILVA, Mardem Leandro. A Psicanálise de Crianças no Brasil: Um Relato Histórico. *Psicol.pesq.*, Juiz de Fora, v.12, n.3, p. 94-102, Dec. 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.24879/2018001200300515>.
11. CYTRYNOWICZ, Monica Musatti. *Criança – Enfance: uma trajetória de psiquiatria infantil*. São Paulo: Narrativa Um, 2002.
12. JERUSALINSKY, Alfredo. Cómo funciona la causalidade psíquica em los cuadros genéticos o neurológocos. In: CORIAT, Elsa; FILIDORO, Norma; MAIGADAN, Delia; SULIANSKY, Adriana; et al. *La infancia em juego*. Buenos Aires: LetraViva, 2018. (em tradução desta autora)
13. JERUSALINSKY, Alfredo. Gotinhas e Comprimidos para Crianças sem História. Uma Psicopatologia Pós-Moderna para a Infância. In: _____; FENDRIK, Sílvia. (Org.) *O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011.
14. _____. *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2010
15. JERUSALINSKY, Julieta. *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador: Ágalma, 2014.
16. _____, Julieta. *Enquanto o futuro não vem*. Salvador: Ágalma, 2002.
17. LÖWY, Michael. *Barbárie e modernidade no século XX*. Disponível em: ecodebate.com.br
18. KANNER, Leo. *Psiquiatria Infantil*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1971.
19. MEMÓRIA DA LOUCURA. Disponível em www.ccms.saude.gov.br
20. MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso e COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Patologização da vida de crianças e adolescentes em tempos sombrios. In: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes, OLIVEIRA, Walter Ferreira (Org.). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni, 2018.
21. OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Medicalização da Vida: Reflexões sobre sua Produção Cultural. In: *ob. cit.* São Paulo: Zagodoni, 2018
22. PEREIRA, Lygia Maria de França. In: CYTRYNOWICZ, Monica Musatti. *Op.cit.*, p 32
23. PRIORE, Mary Del. *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013.
24. TOLEDO, Rose Pompeu de. Grupos de crianças com transtornos mentais graves: Atendimentos em instituições públicas de saúde. In: SANTEIRO, Tales Vilela; FERNANDES, Beatriz Silverio; FERNANDES, Waldemar Jose. (Org.). *Clínica de grupos de inspiração psicanalítica: teoria, prática e pesquisa*. Londrina: Clínica Psicológica, 2021.
25. VORCARO, Ângela. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Sílvia. (Org.). *O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011,
26. ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amâncio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface* 22 (66), Jul-Sept 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.