



Universidade de Brasília (UnB)

Instituto de Psicologia (IP)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC)

Mestrado Acadêmico

**De sujeito alvo de violências para violências alvo de sujeitos: rebeldia como afirmação da
saúde mental infantojuvenil**

Sara Hussein Garcia de Figueiredo

Brasília

2025



Universidade de Brasília (UnB)

Instituto de Psicologia (IP)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC)

Mestrado Acadêmico

**De sujeito alvo de violências para violências alvo de sujeitos: rebeldia como afirmação da
saúde mental infantojuvenil**

Sara Hussein Garcia de Figueiredo

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de mestre. Orientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa.

Brasília

2025

Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa

Banca Examinadora

Pedro Henrique Antunes da Costa (Universidade de Brasília)

Presidente

Silvia Renata Lordello (Universidade de Brasília)

Membra Titular Interna

Valdelice Nascimento de França (Instituição Escola de Saúde Pública do DF- FEPECS)

Membra Titular Externa

AGRADECIMENTOS

Início essa sessão com o profundo desejo de agradecer a minha madrinha, que apesar de não estar entre nós, contribuiu para minha infância e adolescência. Obrigada por ter me permitido viver a vida com você e onde estiver (se estiver), saiba que essa escrita diz muito sobre nós e sobre como você apostou na minha criança. Essa aposta continua viva por aqui.

Agradeço os meus pais, Paulo Jorge e Khadige. Com vocês aprendi a lutar, gritar, a ler e escrever. Aprendi que ser a filha “rebelde”, era necessário para romper as amarras de uma sociedade. Vocês me fizeram acreditar na liberdade e na escrita acadêmica como uma das formas de aprendizado. Sem vocês, eu realmente não seria nada! Eu amo vocês e sinto saudades todos os dias. Obrigada por tudo.

Agradeço os meus amados sobrinhos: Enzo, Theo, Thiago, Antonella, Amora, Clara, Filipo e Laura. Em vocês, encontro a forma mais autêntica de amar. A cada encontro, apesar da distância e do tempo, vocês me ensinaram a acreditar em um presente e futuro melhor para todas as crianças e adolescentes. Obrigada por cada abraço, beijo e pedido para dormirmos juntos.

Agradeço o Coletivo Utopia Viva, que me fez acreditar em uma luta compartilhada. Dividindo as dores e a utopia de acreditar em uma sociedade melhor, vocês viraram casa, luta e afeto em Brasília.

Agradeço as minhas sócias e amigas, Brenda Valcarcel e Allice Carvalho. Vocês compreenderam minhas ausências, quando eu me desculpava inúmeras vezes. Me acolheram e me escutaram no silêncio.

Agradeço ao João e Leticia Amorim, pelas risadas de desespero, o colo na tristeza, o silêncio compartilhado. Essa trajetória não seria a mesma sem vocês. Foi uma honra encontrá-los

nos corredores da UnB, nas salas de aula, na BCE e na vida. A partir de agora, estaremos sempre juntos.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa, representado por: Angela, Anali, Iasmin, Izabella, Heloisa, Marcos, Maria Teresa e Natalia. Sem vocês, essa pesquisa não seria a mesma. Obrigada pela partilha de saberes e o interesse na infância e adolescência.

Agradeço às professoras Ednéia Zaniani, Valdelice França e Silvia Lordello. Me sinto honrada de vocês terem acompanhado esse processo, me inspiro no trabalho, na luta e na escrita de vocês. Obrigada por todos os ensinamentos.

Meu profundo agradecimento ao professor Pedro, que foi muito mais do que um orientador ao longo dessa trajetória. Sua dedicação e confiança, me fizeram acreditar no meu potencial acadêmico e pessoal. Obrigada por sempre me levantar, quando eu não acreditava mais em mim. Através dos seus ensinamentos e palavras, você deixou tudo mais leve. Você não sabe a diferença que fez nesse processo. Você é brabo!

Não menos importante, agradeço ao meu amor. Gabriela Rocha, obrigada por ter sido abraço no desespero, risada para descontrair, cuidado quando eu já não conseguia comer, silêncio quando queria gritar. Apesar do Botafogo protagonizar esses dois anos, você sempre esteve presente. Com você, construí uma família, que a cada latido ou miado, você estava lá na minha ausência. Espero continuar vivendo essa grande história de amor com você. Te amo!

Por fim, agradeço todas as crianças e adolescentes que atravessaram meu caminho. Ao olhar e escutar vocês, me renovo e crio forças para lutar por uma sociedade em que possam existir. Não apenas resistir. Vocês são os grandes protagonistas da minha luta e dessa escrita. Obrigada por tudo e tanto.

RESUMO

A presente dissertação aborda os processos de cuidado em saúde mental infantojuvenil no Distrito Federal (DF), a partir de histórias de vida de crianças, adolescentes e seus familiares e seus itinerários terapêuticos (ou percursos assistenciais). O trabalho fundamenta-se numa concepção de saúde mental contra hegemônica, compreendendo-a como produção de vida e que, portanto, diz respeito ao contexto histórico e cultural da sociedade brasileira. Diante disso, a dissertação é composta por capítulos de resgate histórico da criança e adolescente brasileiros, do processo de cuidado em saúde mental infantojuvenil no Brasil e no DF e dos resultados de uma pesquisa empírica. Quanto à última, foram realizadas observação participante e entrevistas em profundidade com uma criança e três adolescentes e seus respectivos familiares assistidos em dois Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) do DF. Os dados foram analisados por meio de Análise de Conteúdo temática, com inspiração na tradição marxista. Foi possível compreender que, como uma das formas de afirmar sua saúde mental, crianças, adolescentes e seus familiares, desobedecem o instituído e se rebelam contra as violências que os acometem. Nisso, os CAPSi têm sido um importante instrumento de garantia de direitos e nos convocam a pensar em outras estratégias de cuidado em saúde mental mais humanizado e humanizante. Por fim, o atual trabalho se baseia em uma ética antimanicomial e na luta por um protagonismo infantojuvenil na academia, sendo um espaço de vocalização de vozes historicamente silenciadas.

Palavras-chave: saúde mental, saúde mental infantojuvenil, histórias de vida, violências, Distrito Federal

ABSTRACT

This research aims to understand the life stories and care trajectories of one child, three adolescents, and their families, who are assisted by the Child and Adolescent Psychosocial Care Centers (CAPSi) in the Federal District (DF), Brazil. The work is based on a counter-hegemonic conception of mental health, understanding it as a production of life and, therefore, relating to the historical and cultural context of Brazilian society. In this sense, we radically oppose the association of mental health with the absence of disease and argue that children and adolescents are subjects who affect and are affected by the capitalist mode of production and its particularities in Brazil. Participant observation and in-depth interviews with the children or adolescents and their respective families were carried out. The collected data were categorized and analyzed through thematic content analysis, inspired by the assumptions and categories of the Marxist tradition. In view of this, this dissertation will cover chapters on the historical recovery of Brazilian children and adolescents, the process of mental health care for children and adolescents in Brazil and the Federal District, and the results of an empirical study, which were categorized according to what the subjects expressed throughout this journey. Thus, it was possible to understand that one of the ways to assert their mental health is for children, adolescents, and their families to disobey the established rules and rebel against violence. In addition, CAPSi have been an important instrument for guaranteeing rights and call us to think about other strategies for more humanized and humanizing care. Finally, this work is based on an anti-asylum ethics and the fight for child and youth protagonism in academia, serving as a platform to amplify voices historically silenced.

Keywords: mental health, child and adolescent mental health, life stories, violence, Federal District

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial Alcool e outras Drogas
CAPSadi	Centro de Atenção Psicossocial Alcool e outras Drogas Infantojuvenil
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEPAV	Centro de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência
CEP/CHS	Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais
COMPP	Centro de Orientação Médico Psicopedagógico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DF	Distrito Federal
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEBEM	Fundação Estadual de Bem Estar do Menor
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GDF	Governo do Distrito Federal
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MPC	Modo de Produção Capitalista
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PVC	Programa de Volta para Casa

RA	Região Administrativa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescentes
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TOD	Transtorno Opositor Desafiador
UAAS	Unidades de Acolhimento para Adultos
UAIS	Unidades de Acolhimento Infantojuvenis
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UPA	Unidades de Pronto-Atendimento

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – <i>Territórios de abrangência dos CAPSi do DF</i>	45
Figura 2 – <i>Origem dos encaminhamentos - CAPSi Ipê</i>	69
Figura 3 – <i>Queixa/motivo do encaminhamento para o CAPSi Ipê</i>	69
Figura 4 – <i>Tratativas com os serviços para levantamento do perfil de cada CAPSi</i>	75
Tabela 1 – <i>Trabalhos Acadêmicos com foco em Saúde Mental Infantojuvenil produzidos até 2023</i>	48
Tabela 2 – <i>Categorização, a partir das histórias de vida</i>	131
Tabela 3 – <i>Descrição do Eixo I- Sujeito Alvo de violências</i>	134
Tabela 4 – <i>Itinerários Terapêuticos em saúde mental</i>	168

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I – HISTÓRIA E CONCEITOS.....	19
1.1 O Lugar da Criança e Adolescente no Brasil: Um Passado Persistente.....	20
1.2 Entre a Política de Saúde Mental Infantojuvenil e Seu Conceito.....	26
CAPÍTULO II – A CAPITAL DO PAÍS.....	39
2.1 Histórico da SMIJ no DF.....	39
2.2 A Saúde Mental Infantojuvenil na/da Capital do País: Uma Revisão de Literatura.....	47
2.3 Resultados e Discussão.....	52
2.3.1 Aspectos Gerais.....	52
2.3.2 A Relação de Crianças e Adolescentes com as Drogas e Suas Implicações.....	54
2.3.3 Pandemia: O “Boom” de Publicações e os Desafios dos Serviços Substitutivos.....	58
2.3.4 Sintomatologia e Sua Relação com Crianças e Adolescentes.....	60
2.4 Considerações Finais do Capítulo.....	62
CAPÍTULO III – MÉTODO DA PESQUISA EMPÍRICA.....	64
3.1 Levantamento Inicial dos Dados de Usuários dos CAPSi do DF.....	65
3.1.1 CAPSi Cerrado.....	66
3.1.2 CAPSi Ipê.....	68
3.1.3 CAPSi Candango.....	71
3.1.4 CAPSi Mangueira.....	73
3.1.5 Síntese dos Levantamentos nos CAPSi.....	74
3.2 Percurso Metodológico das Entrevistas.....	75
CAPÍTULO IV – RESULTADOS DA PESQUISA EMPÍRICA.....	81
4.1 Desvelando os Dados e Suas Ausências.....	81
4.2 Os Casos Acompanhados.....	87
4.2.1 “A índia brava”.....	88
4.2.2 “O futuro bandido da cidade”.....	96
4.2.3 “Preconceito não é crime, não?”.....	108
4.2.4 “É muito mais sobre sobrevivência”.....	115
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS ACHADOS – Nem todo mundo tem direito de ter uma vida (!?).....	130
5.1 Sujeitos alvos de violências.....	131
5.2 Subvertendo a Lógica: Existirmos A Que Será Que Se Destina?.....	158
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	181
REFERÊNCIAS.....	186
ANEXO I - QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS.....	202
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	203
ANEXO III - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	205

“E foi desta época que a cidade começou a ouvir falar dos Capitães de Areia, crianças abandonadas que viviam do furto. Nunca ninguém soube soube o número exato de meninos que assim viviam. Eram bem uns cem e destes mais de quarenta dormiam nas ruínas do velho trapiche. Vestidos de farrapos, sujos, semi-esfomeados, agressivos, soltando palavrões e fumando pontas de cigarro, eram, em verdade, os donos da cidade, os que a conheciam totalmente, os que totalmente a amavam, os seus poetas.”

Capitães de Areia, Jorge Amado.

INTRODUÇÃO

Pensar na Luta Antimanicomial nunca foi uma escolha para quem o berço se fez entre grades, muros e concretos. Peço licença à minha família, principalmente à minha mãe e à minha madrinha, para relatar algo que se fez imponente desde o dia 22 de junho de 1996, meu nascimento.

Em hospitais psiquiátricos passei quase todos os finais de semana, senão todos. Visitava o corpo da minha mãe, mas ela nunca esteve ali. Os remédios estavam, o eletrochoque estava, os números de suas roupas estavam, os campos verdes estavam, as pessoas de branco estavam. Ela não. Ela não conseguia retribuir o abraço. Às vezes estava sem seus cabelos, em outras sendo punida no núcleo - uma cela em que ela era depositada, isolada e vigiada em situação de crise.

Uma das cenas que mais me lembro no meu dia a dia e que considero ter sido norteadora para decisões e posições futuras, foi quando em uma das visitas, aguardando com meu irmão a consulta que minha mãe e meu pai estavam, uma senhora sentou ao nosso lado e disse que a cobra estava bem ali na frente. Em um primeiro momento não foi compreensivo, pois só ela via a cobra, algo como se fosse uma “loucura”. Em segundos, passamos a ver a cobra e junto com ela havia um rato, vivendo em um mesmo ambiente.

Estive no mesmo espaço das pessoas que até então eram excluídas de viver em sociedade, como se existisse uma humanidade paralela. Nunca entendi o porquê, o porquê de minha mãe estar lá, da senhora dos ratos e de tantos outros. Me questionava sempre o porquê do rato e da cobra viverem em um mesmo ambiente e os seres humanos não. Essa dúvida caminhou durante minha infância e adolescência toda. Aos 15 anos de idade, encaro uma situação que gostaria também de ter escolha, entretanto, não se tratava somente da minha pessoa. A dinda tirou a

própria vida. E agora? Mamãe internada, dinda morta, eu seria a próxima mulher que vivenciaria qualquer tipo de angústia avassaladora? Não fui e luto todos os dias para que essas mortes simbólicas e do corpo tenham potencial de vida dentro de mim, sabendo de todo o sofrimento que acompanha minha luta. Não só por mim, mas por elas também.

Já na graduação em Psicologia, tive o encontro com a disciplina “*Saúde mental e contemporaneidade*”, escolhendo o estágio obrigatório nesse campo e assumindo a monitoria dessa disciplina no ano seguinte. A certeza que queria atuar com adultos, levou ao questionamento de minha supervisora “*mas o que te leva a tanta certeza, Sara?*”, e, assim, me deparei com o campo da saúde mental infantojuvenil em uma cidade no interior de São Paulo. Passei um longo ano encarando todas as políticas de proteção à criança e adolescente que não se faziam presentes, frente a frente a um sintoma descendente. Atendendo adolescentes e crianças, os quais estavam enclausurados e retirados de um potencial emancipatório, os quais, com um afeto catalisador (ecoado em mim também), geravam um potencial criativo, libertando de tudo aquilo que já diziam estar (pr)escritos. Eu lutei para serem vistos como sujeitos criativos de sua própria história.

No ano seguinte da minha graduação, ingressei na única Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil do Brasil. Da umidade do interior de São Paulo, vim para a secura da capital do país. Passando por diversos cenários da Saúde Mental Infantojuvenil do Distrito Federal (DF), vi a necessidade de uma luta por um grupo de sujeitos silenciados historicamente e negligenciados das mais diversas formas, principalmente pelas violações estatais. Esse fato me levou a questionar a própria formação individualizante e, portanto, descontextualizada que os profissionais adquirem, me permitindo um comprometimento com as redes de proteção dos

direitos de crianças, adolescentes e seus familiares de forma intersetorial, e o entendimento que saúde implica todas as condições de vida do sujeito.

No segundo ano da residência, vivenciei uma nova lógica de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis (CAPSi) com o teletrabalho diante da pandemia. Era um trabalho diferente, atendimento por telefone com as famílias que tinham tal instrumento de contato. E as outras? Era inquietante e, por eu sempre ser questionadora, uma colega de outra residência me conheceu e me convidou para conhecer outras mulheres residentes. Começamos a nos reunir remotamente cheias de angústias diante da oferta assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do DF e das condições de trabalho que nós, residentes, estávamos inseridas. Alguma coisa precisava ser feita, então, o Coletivo UTOPIA VIVA nasceu. Um coletivo de mulheres antimanicomiais do DF que, desde o início, se ocupou de questionar a lógica que a capital do Brasil oferecia no cuidado em saúde mental. Eu me sinto honrada de ocupar esse coletivo até o momento e junto com minhas parceiras organizar politicamente contra tudo aquilo que aprisiona o ser.

Ao finalizar a residência, me inseri em outros contextos de trabalho para minimamente sobreviver e após um ano resolvi tentar o mestrado acadêmico no Programa de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Durante a banca do processo de seleção o Prof. Pedro me perguntou: *O que você abre e não abre mão no projeto?* De cara, a minha resposta foi a certeza de não abrir mão do campo da infância e adolescência e de uma perspectiva antimanicomial. Passei. Não sabia muito bem o que esperar, mas sempre fui muito acolhida e respeitada em minhas decisões acadêmicas, podendo sempre decidir e opinar sobre qualquer sugestão que o meu orientador trazia. E assim foi com a temática de pesquisa: “Itinerários terapêuticos”, uma proposta do Professor Pedro e que me encantou, pois assim conseguiria

entender a RAPS Infantojuvenil, o (des)conhecimento dessa, os usuários dos serviços e percorrer caminhos que eu mesma desconhecia.

Ainda com essa temática, alguns caminhos acadêmicos foram percorridos para o desenvolvimento da pesquisa que compõe a presente dissertação, que teve sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília (UnB), no início de outubro de 2023, parecer nº 6.408.796. Nesse mesmo ano, em novembro, duas novas atividades acompanharam o processo da pesquisa: 1) foi iniciado um grupo de pesquisa com estudantes da graduação em psicologia da UnB, coordenado por mim, e que visou dar andamento à referida pesquisa; e 2) comecei a trabalhar, em parceria com a Faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais, na execução do Comitê de Participação dos Adolescentes no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). À vista disso, o protagonismo infantojuvenil nunca esteve tão presente em minha vida.

Em paralelo com a imponente do protagonismo infantojuvenil em minha vida, a presente pesquisa dispôs como objetivo analisar como se dá o cuidado em saúde mental infantojuvenil no DF, a partir de histórias de vida de uma criança, três adolescentes e seus familiares atendidos em CAPSi do DF e seus itinerários terapêuticos (ou percursos assistenciais). É como parte e resultado deste processo que a presente dissertação é desenvolvida. No primeiro capítulo, apresentamos o referencial teórico-conceitual, bem como realizamos um resgate histórico de nosso objeto de estudo, de modo a assentar as bases teóricas e históricas na/pelas quais percorremos.

No compartilhamento de todo o processo de pesquisa com os participantes do grupo de pesquisa que coordenei com os estudantes da graduação da UnB, nos debruçamos sobre o resgate da construção da saúde mental infantojuvenil no DF, resultando em uma revisão bibliográfica do

que foi produzido academicamente até novembro de 2023 sobre a saúde mental infantojuvenil do DF. Este movimento foi incorporado ao trabalho aqui apresentado, na forma do segundo capítulo. Destaco que essa revisão foi realizada a partir dos materiais da Biblioteca Juliana Pacheco, uma iniciativa do projeto “Saúde Mental e Militância no Distrito Federal”, vinculado ao grupo de pesquisa “Psicologia e Ladinidades” do Instituto de Psicologia da UnB, e que tem como intuito resgatar, sistematizar e disponibilizar materiais (normativas, documentos históricos, trabalhos acadêmicos etc.) relacionados à saúde mental do DF.

A partir do terceiro capítulo, adentramos na pesquisa empírica. Ao longo do seu desenvolvimento, após a aprovação do CEP, a implicação e coleta de dados a partir da mediação dos CAPSi do DF foi realizada conforme a disponibilidade dos próprios serviços. Em um primeiro momento, conforme descrevemos no Capítulo III, buscamos levantar o perfil de crianças e adolescentes que frequentam cada dispositivo territorial, para posteriormente aprofundar o caminho percorrido em busca do cuidado por crianças, adolescentes e seus familiares. Entretanto, algumas barreiras foram encontradas no processo, como a falta de dados sobre os usuários (quem eram e quantos eram, como viviam, suas características, necessidades e demandas) e as ausências de respostas dos serviços. Destaco, que nesse período, vivenciei o adoecimento da minha companheira, me paralisando em todas as atividades cotidianas por quase três meses.

Devido aos desafios encontrados, pessoalmente e do contato com os dispositivos, optamos por acompanhar casos de dois dos quatro CAPSi do DF. Tal fato não limitou a pesquisa, mas aprofundou as questões envolvidas em todo o processo de levantamento e acompanhamento dos entrevistados, a saber: crianças e adolescentes e seus familiares. Neste momento, já em contato com os usuários escolhidos para a pesquisa, todos os participantes do grupo de pesquisa

foram tocados com as histórias de vida narradas. Não tinha como ser diferente, sobretudo por se tratar de uma pesquisa que buscou o protagonismo de crianças e adolescentes. A partir disso, nosso objeto de estudo mudou. Encontramos, com a realidade processual, histórias de vida marcadas por violências e que por isso, precisavam ser o foco do trabalho. Não dissociando o próprio cuidado em saúde mental, viabilizamos por meio deste trabalho, que as vozes infantojuvenis ecoassem, num entrelaçamento com a sua trajetórias assistenciais (ou itinerários terapêuticos) e histórias de vida.

Por fim, espero que o presente trabalho, convoque o leitor para uma leitura crítica do campo da Saúde Mental Infantojuvenil, especificamente do DF, e destaco que apesar do cansaço de resistir às constantes tentativas de desmonte e a fragilidade do campo da saúde mental no Brasil como um todo - e, nele, do DF -, preciso continuar. Não só pela minha vivência, mas também por uma implicação ética, social e política. Desejo que ao ler essa dissertação, você se disponibilize a escutar, cada vez mais, histórias reais de crianças e adolescentes. Como Jorge Amado nos coloca, os Capitães de areia não tinham apenas o sofrimento e miséria do dia a dia, eles tinham também o amor, a luta e a liberdade que os regia!

CAPÍTULO I

HISTÓRIA E CONCEITOS

1.1 O Lugar da Criança e Adolescente no Brasil: Um Passado Persistente

Assim, o “problema da infância”, claramente diagnosticado há pelo menos 100 anos como um “problema gravíssimo”, e, invariavelmente associado à pobreza, em momento algum foi enfrentado com uma proposta séria e politicamente viável de distribuição de renda, educação e saúde (Rizzini & Pilotti, 2011).

Historicamente, o Estado brasileiro encarou a infância e a adolescência de duas maneiras. A primeira, e hegemônica, pela via tutelar, disciplinar e institucionalizada - sobretudo no que se refere à infância e à adolescência da classe trabalhadora e, ainda mais especificamente, às crianças e adolescentes negras(os), pobres. Numa perspectiva contra-hegemônica, mais recente e não sem as suas contradições e limites, baseando-se na proteção desse público, como supostos sujeitos de direitos e desejos, por meio do cuidado em liberdade (Couto & Delgado, 2015).

Dessa forma, é importante lembrar que até o século XX as únicas intervenções do Estado brasileiro em relação à infância e adolescência, se deu pela via do controle da pobreza e demais expressões da “questão social”¹, mediadas pelas particularidades não só de classe, mas, também, de raça, etnia, gênero e sexualidade. Nisso, as crianças e adolescentes pobres, majoritariamente negras, foram submetidas a políticas de assistência reparadoras, disciplinares e corretivas, para desenvolver cidadãos adequados aos ideais republicanos de um capitalismo dependente

¹ Questão Social aqui entendida como conjunto de expressões produzidas pela desigualdade da sociedade capitalista. Conceito plural, mas que aqui será tratado a partir da tradição marxista, remetendo à apropriação privada dos meios de produção e contradição capital-trabalho. Inicialmente, era sinônimo de pauperismo (pobreza) que, no capitalismo, deixa de ser consequência da escassez de bens. Contudo, passa a abarcar também diferentes expressões e também possui desdobramentos, como a fome, o desemprego, a violência a criminalidade, e, mesmo a saúde e saúde mental.

abruptamente desigual, racista e pautado na superexploração da força de trabalho (Couto & Delgado, 2015). Nesse período, não havia distinção entre “deficientes”, “abandonados” e “delinquentes”, denunciando uma situação irregular no âmbito jurídico e, assim, legitimando uma intervenção do Estado discricional e reducionista sobre a infância no mundo dos “menores” (Mendes, 1998).

Aprofundando nessa história, apresentaremos um breve resumo de como a infância e a adolescência brasileiras foram percebidas e abordadas pela sociedade até a atualidade. Iniciaremos aqui com os poucos registros sobre o período anterior a colonização do país, que segundo Kuhn e Melo (2020), na concepção dos indígenas não existia diferenciação entre crianças e adultos, diferença de gênero e, o que hoje chamamos, de “família nuclear”, todos os sujeitos eram da comunidade. Rizzini e Pilotti (2011), no trabalho intitulado “A arte de governar crianças”, resgatam os espaços e discursos em torno da criança e do adolescente brasileiro, destacando que “várias mãos” atravessaram o processo de assistência e legislação destinada a esse público. Sendo assim, segundo Kuhn e Melo (2020), nas mãos dos jesuítas, as crianças indígenas, eram disciplinadas por conhecimentos cristãos, com o intuito de docilizar-las para incidir nos processos de “conversão” dos adultos indígenas:

Para os colonizadores, as crianças eram mais fáceis de serem convertidas aos ensinamentos de Deus e aos costumes europeus, pois ainda estavam em fase de desenvolvimento e poderiam vir a influenciar o restante de seu grupo (AQUINO et al., 2001). Durante a catequização, quando se tratava da Igreja Católica, a colonialidade entrava em cena na medida em que os conhecimentos indígenas “selvagens” não eram validados, nem sua forma de falar, de se vestir e de movimentar seus corpos (p. 293).

Em seguida, Rizzini e Pillotti (2011) analisam a “passagem de crianças nas mãos” dos colonos, destacando que, ao trazerem “mão de obra escrava africana”, também traziam filhos e filhas africanos. Essas crianças não chegavam por cegonhas, chegavam através dos navios negreiros. Nesse período, pelas condições precárias que os genitores viviam e pela ausência das mães que trabalhavam como amas-de-leite, as crianças escravas morriam com facilidade (Rizzini & Pillotti, 2011). Ou então tinham o destino escrito: existir para ser um “bom escravo”, aquele que obedece o que seu proprietário (Kuhn & Melo, 2020). Eram mercadorias.

No século XVIII, as escolas entram em ascensão na Europa e, portanto, no Brasil. Esses espaços eram ancorados na igreja católica e os saberes transmitidos, hegemonicamente, eram europeus (Kuhn & Melo, 2020). Ainda sob a lógica da criança como mercadoria, as crianças abandonadas no contexto brasileiro passaram a ser percebidas como uma problemática social, sendo associadas às Câmaras Municipais e às Santas Casas de Misericórdia, que tinham a prerrogativa de cobrar impostos para o cuidado dos “menores”- aqueles que nasciam das relações extraconjugais ou do sistema escravocrata. Durante esse período, até os sete anos de idade, as crianças eram tuteladas por essas instituições e, após completar essa idade, caberia ao juiz seu destino, sendo majoritariamente encaminhadas para o trabalho. Destaca-se que neste momento foi implementado a famosa “roda dos expostos”:

um cilindro giratório na parede que permitia que a criança fosse colocada da rua para dentro do estabelecimento, sem que se pudesse identificar qualquer pessoa. O objetivo era esconder a origem da criança e preservar a honra das famílias. Tais crianças eram denominadas de enjeitadas ou expostas. (Rizzini & Pillotti, 2011, p. 19)

A partir deste momento, os “asilos” destinados às crianças e adolescentes que, fugiam do controle familiar ou do que a sociedade esperava, protagonizam a assistência para a infância e

adolescência brasileiras. A cultura de institucionalização passa a ser cada vez mais presente. O menor era submetido às práticas de privação de liberdade, submissão ao outro, disciplina para “restauração”, e indução do “amor ao trabalho” (Rizzini & Pilloti, 2011).

Desde a Lei do Ventre Livre em 1871, que obrigava as crianças escravizadas até os oito anos de idade a serem criadas pelos senhores das genitoras e que, ao completar essa idade, os proprietários poderiam decidir entre indenização ou continuação da escravização, vivenciamos a “responsabilidade” do Estado frente às crianças portadoras de deficiência ou consideradas como “inválidas”. Ora, não existia dúvida da escolha a ser feita pelos senhores: eram essas crianças que os senhores optavam pela indenização (Francisco & Luigi, 2015). Com o caminhar da sociabilidade brasileira, pautada pela colonização e escravidão, surge em 1911 o “direito do menor” que criminalizava a pobreza e que institucionalizou o “orfão”, “o abandonado” e “o delinquente” com o argumento do cuidado e educação, que:

na prática, significou: (i) higienização, sobretudo da população negra e pobre, que são os mais vulneráveis, haja vista o processo e a tentativa de sua extinção, conforme já citado; (ii) o autoritarismo no processo educativo não escolar dos menores atendidos em instituições, que se assemelhavam aos presídios. (Francisco & Luigi, 2015, p. 137)

Em 1927, sob o argumento da “situação irregular” na vigência do Código de Menores e com o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) de 1941, se consolidava as instituições para correção de crianças que, posteriormente, foram fechadas com diversas denúncias de violência e corrupção. Em consonância com a ditadura militar, em 1964, a Política do Bem Estar do Menor entra em vigor e, determinadas crianças e adolescentes continuaram a ser institucionalizadas e submetidas a violências extramuros e intramuros nas Fundação Estadual de Bem Estar do Menor (FEBEM) ou em manicômios (Francisco & Luigi, 2015). Nesse mesmo período, entre

1927-1969, o Brasil articula-se também em ações da “higiene mental escolar”, individualizando as expressões de uma sociedade de classes e não responsabilizando o Estado, que operava operando na lógica da “Carência Cultural” com a institucionalização e punição.

Durante esse período, não foram excluídos dos processos de violências as famílias das crianças pobres e institucionalizadas. Na década de 1920, o Estado passa a intervir na família, sequestrando os “menores” que ali estavam. Tal conduta, foi amparada em legislações que caracterizavam sujeitos “abandonados” a partir dos seguintes pontos:

Não ter habitação certa; não contar com meios de subsistência; estar empregado em ocupações proibidas ou contrárias à moral e aos bons costumes; vagar pelas ruas ou mendigar etc., só se aplicavam aos pobres. (Rizzini & Pilloti, 2011, p. 25)

Este histórico hegemônico em relação à infância e adolescência brasileira foi orquestrado pela dominação e controle em todas as formas de expressão, se apresentando também com o desenvolvimento da psicologia e psiquiatria. Conforme apontou Maria Helena Souza Patto (1988), ao abordar o chamado *fracasso escolar*, abarcava-se a deficiência, mas cuja lógica era similar a outras *categorias*, se expandindo a outras esferas e políticas setoriais:

o pressuposto da deficiência dessas crianças ainda é a pedra de toque das explicações das vicissitudes de sua escolarização e das decisões técnico-administrativas que visam superá-las. Mais uma vez, estamos diante da força da ideologia num país marcado pelo colonialismo, pela escravidão, pelo modo capitalista de produção e pelas artimanhas culturais que o justificam. A medicalização do fracasso escolar e sua explicação sutilmente calcada no preconceito racial e social ainda estão em vigor em plena década de oitenta. (Patto, 1988, p. 76)

Nessa mesma época, em 1980, o menor institucionalizado, vítima de violência e o “abandonado”, começam a ser uma preocupação social. A partir de organizações e educadores sociais, que faziam trabalho contrário à institucionalização, uma série de denúncias de violências nas instituições passaram a ser um discurso social relevante. Uma luta se inicia, protagonizada pelo Movimento de Meninos e Meninas de Rua.

Após oito anos, verificamos na Constituição Federal o artigo 227, que assegura a prioridade absoluta aos direitos das crianças e adolescentes, que também, são responsabilidade de todos (sociedade civil e Estado). Em seguida, temos um avanço importante destinado para esse público no contexto brasileiro: O Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990. A partir disso, é impulsionado a construção de um sistema de atores na garantia e proteção de atendimento de crianças e adolescentes, regidos por Conselhos e Órgãos de diálogo intersetorial para a proteção desse público, o que hoje conhecemos como Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA).

Claro que os problemas não desapareceriam com essa importante normativa social, apesar de inúmeros avanços que ele condensava e possibilitava. Determinadas crianças e adolescentes continuam invisibilizadas e violentadas no país, sendo preciso escancarar, quantas vezes for necessário, os números a seguir: 1) 15.101 sujeitos, entre 0 a 19 anos de idade, foram mortos de forma violenta e intencional, sendo que adolescentes negros tem quase cinco vezes mais chances de serem assassinados do que brancos (Unicef, 2024); 2) entre 2021 e 2023, foram registrados 164 mil casos de estupro de vulnerável (Unicef, 2023); 3) em 2023, a Fundação Nacional dos povos Indígenas (Funai), apontou a alta frequência que crianças e adolescentes indígenas são vítimas de violência sexual por garimpeiros (Funai, 2023).

Caminhando entre o controle das infâncias com “baixo” desempenho acadêmico à comportamentos “disruptivos” ou indesejados, determinadas infâncias e adolescências sempre estiveram à mercê da função punitivista e de controle da sociedade. De juiz de menores ao campo “psi”; da escola a instituições filantrópicas; nas ruas ou em instituições totais, sujeitos “em condição peculiar de desenvolvimento, já carregam o peso do estigma da anormalidade” (Zaniani & Luzio, 2014, p. 57).

1.2 Entre a Política de Saúde Mental Infantojuvenil e Seu Conceito

Nos anos 1980, o Brasil vivenciava a rearticulação dos movimentos sociais, que se mobilizaram na luta de diversas causas, como: as lutas pela reabertura democrática; pela anistia; o novo sindicalismo; o renascimento e ganho de força do movimento estudantil; o movimento sanitário e, nisto, de trabalhadores e trabalhadoras de saúde mental, reivindicando o cuidado em saúde mental antimanicomial; o movimento dos meninos e meninas de Rua, que denunciava a realidade violenta de crianças e adolescentes em situação de rua e protagonizados por esses sujeitos, dentre outros. Diante disso, reivindicava-se uma reviravolta no modo de olhar as crianças e os adolescentes, suas necessidades e direitos, resultando em mudanças substantivas no papel do Estado a partir da reabertura democrática (Miranda, 2020).

Destacam-se dois momentos sociopolíticos de extrema importância, decorrentes das movimentações supracitadas: 1) a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, organizada pela ONU em 1989 e garantindo a criança enquanto sujeito e cidadão de direitos; e 2) o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. Com essas conquistas, não sem as suas contradições e limites, houve a possibilidades de a saúde mental infantojuvenil entrar na agenda

das políticas públicas, articulada à Reforma Psiquiátrica que também germinava em termos da sua institucionalização dentro do aparato estatal.

A trajetória para a elaboração de uma Política de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Brasil, deu-se no início do século XXI, sendo que, até então, o que era orientado para esse público partia de ações de iniciativa privada marcadamente assistencialistas/caritativas, e/ou do setor da educação, tendo mecanismos disciplinares e reparadores das crianças e adolescentes, sobretudo os pobres e negros - como apontamos anteriormente. Aliado a isto, tínhamos a hegemonia asilar-manicomial, com crianças e adolescentes submetidos à institucionalização nas instituições manicomiais, como suposto tratamento (Couto & Delgado, 2015).

O movimento a favor de cuidados em saúde mental em liberdade e de base territorial-comunitária, obteve muitos avanços desde a Lei 10.216/2001 (Lei 10.216, 2001), conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, propondo políticas públicas, órgãos estatais e de vigilância para que o modelo hospitalocêntrico e manicomial tivesse seu fim concreto. Entretanto, a saúde mental infantojuvenil, não acompanhou o percurso de conquistas, estando ainda mais limitada e com contradições ainda maiores do que a já limitada e contraditória saúde mental de adultos.

À vista disso, a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, não abordou diretamente o tema desse público-alvo, apesar de algumas menções - contraditórias - e da problematização da nomeação “menor” utilizada naquele período. Na segunda Conferência, de 1992, não houve o tema da saúde mental infantojuvenil, porém no Relatório Final, houve menções acerca desse público de forma genérica. Somente na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, se discutiu mais concretamente as possibilidades de uma política pública de

saúde mental infantojuvenil, baseada no Estatuto da Criança e Adolescente - ECA e da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, organizado pela ONU em 1989 (Couto & Delgado, 2015). Em contrapartida, na III Conferência algumas ações foram orientadas a serem prioritárias e desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como: criação de serviços como os CAPS para crianças e adolescentes; institucionalização de crianças e adolescentes deveria ser superado; priorização dos casos mais complexos e de maior gravidade nos serviços; realização do mapeamento nacional de todos os dispositivos públicos existentes ligados à criança e adolescente para superar as lógicas realizadas até então; criação de mecanismos com a participação social, para todo o processo da política de saúde mental infanto juvenil, sendo em todos os municípios, estados e na esfera federal do SUS.

Na esteira da Lei nº 10.216/01 (2001), com a institucionalização da Portaria 336/02 (Portaria nº 336, 2002) e com debates latentes sobre o cuidado em saúde mental infantojuvenil, considerou-se a criação dos CAPSi. Dessa forma, estes serviços foram pensados para um trabalho com equipes multiprofissionais, com atenção diária e intensiva no cuidado, trabalho em rede e na comunidade, com o usuário e suas famílias. Nesse contexto, se configuraram em dispositivos que atuassem em atendimento de casos graves e como ordenadores da demanda de saúde mental infantojuvenil em seu território, com o desafio de ampliar o cuidado desse público de forma capacitada (Couto & Delgado, 2015).

Em 2011, com a Portaria 3.088 de 2011, as ações de cuidado em saúde mental passaram a ser formalmente organizadas por uma rede multidisciplinar, a partir de diversos níveis de atenção (Portaria nº 3.088, 2011). Tal forma organizativa é nomeada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e é uma das redes de atenção à saúde do SUS com princípios norteadores do cuidado comunitário e em liberdade, apresentando diversos serviços territoriais e que favorecem o

fortalecimento da Lei nº 10.216, de 2001. Dessa forma, essa portaria institui que o cuidado em saúde mental ultrapassa os CAPS, considerando também:

- 1) No Nível de Atenção Básica, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Convivência e consultórios na rua;
- 2) Na Atenção Psicossocial Estratégica, os CAPS nas suas diferentes modalidades - incluindo os CAPSi;
- 3) Na Atenção Hospitalar, as enfermarias especializadas em Hospitais Gerais e serviços hospitalares de referência;
- 4) No Nível de Atenção de Urgência e Emergência, as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) 24h, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e salas de estabilização hospitalar;
- 5) Na Atenção Residencial de Caráter Transitório, as Unidades de Acolhimento para adultos (UAAs) e infantojuvenis (UAIs) e Comunidades Terapêuticas;
- 6) Na Estratégias de Desinstitucionalização, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa (PVC);
- 7) As Estratégias de Reabilitação Psicossocial, com as iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Apesar de serem considerados como prioridade absoluta do Estado brasileiro (Lei nº 8.069/90, 1990, p. 1), as crianças e adolescentes com demandas em saúde mental continuam em lugares sociais preocupantes e (in)visíveis. Isso está explícito na quantidade de CAPSi espalhados no Brasil. Desde sua implementação em 2002 até final de 2020, segundo o Painel Saúde Mental em Dados (Desinstitute, 2021), havia somente 278 CAPSi no universo (já

insuficiente) de 2.785 CAPS habilitados no Brasil. Tal situação fica ainda mais recrudescida, quando nos deparamos com uma escassez de estudos que se debruçam sobre a concretude dos sujeitos que, dentro da sociabilidade capitalista brasileira, frequentam os serviços de saúde mental infantojuvenil, encontrando, até o momento dessa escrita, somente o trabalho da pesquisadora Teixeira (2013) sobre a realidade do público infantojuvenil no Distrito Federal². Dessa forma, destaca-se que desconsiderar o contexto socio-histórico e cultural dos sujeitos é contribuir com a lógica asilar manicomial e com suas “novas” formas de se apresentar, que como Dassayeve Lima pontua (2021, s/p.) “impacta de modo diverso e de forma ainda mais violenta a depender dos marcadores sociais de raça, gênero, sexualidade, etc”.

Com um cenário de contradições e retrocessos na implantação da RAPS, no que vem sendo caracterizado como Contrarreforma Psiquiátrica (Costa & Mendes, 2021), que se plasma às desconsiderações da saúde mental infantojuvenil, o cuidado a crianças e adolescentes tem sido fortemente atravessado por processos de remanicomialização, psiquiatrização e privatização, enfraquecendo uma luta política de cuidado não segregatória, de base territorial-comunitária. Esta afirmação vem ao encontro da realidade do local ao qual nos propomos a pesquisar, o DF.

À vista disso, enfatiza-se dois princípios para o cuidado em saúde mental infantojuvenil e que devem ser pensados como essenciais na realidade do DF: a intersetorialidade e o território. A intersetorialidade, diz respeito ao diálogo constante de equipamentos que estão envolvidos no cuidado de cada criança e adolescente, podendo ser desde instituições formais das políticas até aquelas das próprias comunidades, das mais variadas áreas. Segundo Scheffer e Silva (2014), a lógica da intersetorialidade caminha no sentido de superação do histórico contexto de fragmentação das políticas públicas no enfrentamento da questão social, fortalecendo redes e

² No capítulo seguinte, o leitor terá acesso a revisão de literatura de trabalhos realizados no DF com foco na saúde mental infantojuvenil, se aproximando da escassez de estudos mencionada.

políticas sociais na tentativa da integralidade do sujeito (Scheffer & Silva, 2014). Ademais, enquanto intersetorialidade no campo infantojuvenil, deve-se pensar no diálogo constante com dispositivos estatais e para além desses, desde que estejam envolvidos no cotidiano e vida das crianças, adolescentes e familiares, extrapolando o conceito de “tratamento” e promovendo o circuito do cuidado na cidade (Ministério da Saúde, 2014). Da mesma forma, isto não significa a desresponsabilização do Estado por aquilo que é constitucionalmente seu dever: o cuidado e, mais, o acesso à saúde.

A intersetorialidade, compreendida como estratégia para lidar com os desdobramentos da questão social, não está isenta da contraditoriedade estatal, a partir das particularidades do capitalismo dependente brasileiro, de gênese e via de desenvolvimento colonial. A partir de uma fragmentação das condições de vida do sujeito, cada política trabalha na especificidade de suas ações e visa-se, com a intersetorialidade, uma totalidade de assistência ao sujeito. Contudo, essa totalidade não é possível, já que o próprio indivíduo, aquilo que o constitui e suas necessidades foram previamente apartadas e separadas em políticas setoriais - e dentro delas em outras políticas.

Além disso, Silva e Boarini (2022), destacam que a intersetorialidade, em muitas ocasiões, é reduzida a uma mera repartição de tarefas ou encaminhamentos de usuários entre serviços específicos, como mecanismo de transferência de responsabilidade a outros setores e/ou serviços. Nesse cenário, os setores apenas informam uns aos outros sobre as ações realizadas, configurando-se como uma somatória de iniciativas fragmentadas, em vez de uma articulação e construção de cuidado coletivo.

Conforme aponta a revisão de literatura de Sousa (2023), a intersetorialidade se apresenta como um dos principais desafios no campo da saúde mental infantojuvenil, exigindo práticas

colaborativas e não informativas entre as políticas. Especificando esse desafio, Nunes et al. (2019), aponta algumas dificuldades encontradas entre os profissionais da rede intersetorial, fundamentada na descentralização de um único serviço destinado à saúde mental e que, portanto, deveria “curar” o sofrimento sozinho pela lógica ambulatorial. As autoras enfatizam que a compreensão de saúde mental contra hegemônica é um obstáculo para algumas práticas, como a alta dos CAPSi e responsabilização de serviços territoriais. Com essas dificuldades, desvela-se a necessidade de ampliar o debate da saúde mental antimanicomial em outras políticas.

Entretanto, Nunes et al. (2019) acrescentam as potencialidades de tal princípio de cuidado. Entre as possibilidades apontadas, alcançar o cuidado em território, para além dos serviços específicos da saúde, é chegar onde a vida tem possibilidade de construção, alcançando as dimensões complexas da existência humana. Segundo Couto e Delgado (2010), o compartilhamento e responsabilidade mútua das especificidades da vida de cada sujeito, torna-se fundamental para o cuidado dos cidadãos, priorizando a vivacidade dos sujeitos e territórios envolvidos, garantindo um protagonismo do cuidado (Couto & Delgado, 2010). Sendo assim, conforme Nunes et al. (2019), defendemos a intersetorialidade como um paliativo necessário, mas que vai além da somatória de ações específicas, alcançando a compreensão de um coletivo que produz saídas de atenção a uma vida mais humana e humanizada nos territórios de existência.

A partir disso, no que diz respeito ao território, compreende-se para além dos limites geográficos, se tratando de espaços não somente institucionais que o sujeito vivencia. Esse território são as relações pessoais, geográficas e institucionais que atravessam a vida do sujeito e que devem ser ditas por ele, algo em que não cabe ao outro dizer e sim a própria criança, adolescente e familiar (Ministério da Saúde, 2014). Contudo, apesar de não existir saúde mental

sem território, afinal, este diz de como e onde nos produzimos, segundo revisão da literatura de Furtado, Oda, Borysow e Kapp (2016):

no campo da Saúde Mental brasileira, à revelia de muitos e sempre renovados esforços críticos, tem prevalecido uma noção funcional de território, que omite relações de poder e apropriações simbólicas, aumentando a tendência de a reinserção de pessoas com sofrimento mental desembocar na sua sujeição ao território dado, em vez de favorecer transformações socioespaciais para o convívio com as diferenças (p. 1).

Se faz necessário reafirmar a noção de território que ultrapassa o espaço físico e o alcance geográfico de um serviço em determinado local. Afirmamos, assim, o compromisso, como Costa (2024b) nos convoca, de compreender o território como participante da produção de vida dos sujeitos, não só com práticas cuidadoras em determinados locais, mas também sendo o *como* e o *onde* nos produzimos enquanto humanos. Grosso modo, territórios que conformam as condições de existência, humanizantes ou não e, que são históricos e sociais, para além dos dispositivos que ali comparecem; territórios que estão intrínsecos na produção de vida e, portanto, da saúde mental. A partir disso, território diz respeito às condições das relações sociais, como e onde acontecem, na relação antagônica da sociedade de classe e suas outras múltiplas determinações. Afirmamos que, em um movimento dialético, o território é a práxis, a origem e o horizonte de toda prática em saúde mental, conforme Milton Santos (2011) aponta:

O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. O território em si não

é uma categoria de análise em disciplinas históricas, como a geografia. É o território usado que é uma categoria de análise (p. 14)

Sendo assim, diversos são os caminhos percorridos por familiares que buscam o cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, seja por redes de cuidado informais dentro da comunidade, seja em serviços das políticas sociais. Essa busca por cuidado na literatura atual carrega a nomeação de “itinerários terapêuticos”, que pode se configurar como os caminhos e percursos que os sujeitos vivenciam em busca por cuidado e saúde, revelando uma multiplicidade de fatores que influenciam o viver de cada sujeitos e possibilitando uma leitura crítica das realidades (Coldibeli, Paiva & Batista, 2023). Além disso, é possível ter o itinerário terapêutico, também, como um forte instrumento para localizar quais as dificuldades de determinada população nas redes formais de saúde, fornecendo uma leitura de como as instituições encaram as diversas existências, propiciando discussões de aprimoramento dos serviços (Mattos & Zambenedetti, 2021).

Dessa forma, conhecer os caminhos percorridos para o cuidado em saúde mental infantojuvenil pode revelar quais as limitações dos próprios serviços ofertados e possibilitar um melhor planejamento da inserção de serviços, responsabilizando o Estado e demonstrando expressões da concretude do processo saúde doença da infância e adolescência do Distrito Federal. A partir da busca de informações em pesquisas, percebe-se que a discussão acerca da faixa etária infantojuvenil e o processo de busca por cuidado em saúde mental ainda é escassa no âmbito brasileiro, sendo que as pesquisas encontradas são destinadas, em sua maioria, ao campo do cuidado do corpo orgânico. Tal ausência é alarmada quando se trata dos itinerários terapêuticos nos cenários de saúde mental infantojuvenil do Distrito Federal, encontrando somente um estudo com o recorte territorial da capital do País (Paz, 2018).

Conhecer as lacunas e condições sociohistóricas e culturais dos CAPSi e demais serviços da RAPS, bem como as potencialidades e possibilidades, pode fortalecer a luta do cuidado em liberdade, construindo caminhos para redução de iniquidades em saúde e colaborando com políticas públicas que tenham como centralidade os usuários que a utilizam, efetivando os princípios da reforma psiquiátrica e diretrizes do SUS. Considerando as dificuldades dos serviços em saúde mental infantojuvenil do Distrito Federal, conforme mencionado acima, e a necessidade de contextualização sociohistórica do cuidado a crianças e adolescentes de Brasília, acredita-se que escutar as histórias de vida de sujeitos atendidos nos CAPSi do Distrito Federal, pode-se ter uma leitura mais concreta e efetiva de atravessamentos que corroboram para as dificuldades e potencialidades em busca do cuidado na capital do país.

A vista disso, através dos itinerários terapêuticos - que também podem ser entendidos com percursos assistenciais - nos aproximamos não somente da assistência em saúde, mas também da produção de vida dos sujeitos. Os itinerários terapêuticos estão circunscritos às histórias de vida, configurando-se como uma parcela da vivência de cada um; ou melhor, sendo uma parcela ou determinados momentos de tais vidas. Para esmiuçar tal afirmativa, recorreremos à dialética do singular, particular e universal (Pasqualini & Martins, 2015). Nesse caso, entendemos como singular as histórias de vida de cada sujeito, seus processos de individuação, comparecendo, como um momento, uma dimensão, como parte de um movimento mais amplo, através de itinerários terapêuticos, apesar de também demonstrar o próprio processo de construção dessa vida. Essa singularidade elucida a própria universalidade de ser humano, que é mediada pelas particularidades de ser social e, portanto, como (e onde) as relações se constituem. Ou seja, as histórias de cada sujeito apresentam a forma que se produz vida, demonstrando formas de desumanização e afirmação do ser humano, numa relação dialética. A partir disso, a

saúde mental comparece como uma síntese desse processo, ao mesmo tempo que é, nas suas especificidades, o próprio processo, bem como os itinerários terapêuticos em saúde mental.

À vista disso, no atual trabalho, defendemos o conceito de saúde mental de Martín-Baró (2017), a saúde que se expressa através das relações sociais. Essa definição se opõe aos processos individualizantes e de culpabilização, trata-se da “materialização em uma pessoa ou grupo do caráter humanizador ou alienante de uma trama de relações históricas” (Martín-Baró, 2017, p.255). A partir disso, é de extrema importância situar como as pessoas vivem e sua condição alienante ou humanizadora, dentro do modo de produção capitalista (MPC).

Especificamente no campo da infância e adolescência, mas não se limitando a ela, presenciamos uma "enxurrada" de diagnósticos psiquiátricos que individualizam o sofrimento dos sujeitos. Sob a justificativa de “sujeito em desenvolvimento”, se exclui como as crianças vivem - se desenvolvem, o que produzem - desenvolvem e o seu viver. O desenvolvimento, utilizado, hegemonicamente, por saberes da saúde, é puramente orgânico-eurocentrado. Pimba! O desenvolvimento de uma criança e adolescente pobre, periférica e brasileira, pautada em estágios de desenvolvimento europeus, não atingirá o esperado. Serão todos diagnosticados. A partir disso, uma trama se instaura na vida desses sujeitos: uma vez “transtornado” para sempre “transtornado”.

Portanto aqui, rompemos com o que hegemonicamente vem sendo entendido como saúde mental - ausência de doença. Conforme Costa (2024) pontua:

Precisamos, mais do que nunca, *desprivatizar* o entendimento e o cuidado no que se refere à saúde mental. Novamente, saúde mental não como ausência ou sinônimo de doença, não como algo individual-privativo, mas produção de vida. A saúde mental das/nas singularidades de cada um(a), ou seja, como os indivíduos se produzem

singularmente, mas cuja produção expressa singularmente a forma como a humanidade se produz nos marcos do modo de produção capitalista e, nele, de nossa formação social, um país de capitalismo dependente, de gênese e via de desenvolvimento colonial, profundamente desigual, racista, machista, sexista LGBTfóbico etc. (Costa, 2024a, p.39)

Ora, a partir dessa compressão de saúde mental, entendemos que a própria produção de vida é contraditória. Os sujeitos, apesar de serem submetidos a situações desumanizantes, como os processos de objetificação, de diagnóstico e de outras violências, se reafirmam humanos e se humanizam na sua própria ação no mundo. Essa humanização comparece, inclusive, pelo que hegemonicamente se rotulou como patológico: o grito, o silêncio, o olhar desviante e a rebeldia. Ou seja, justamente aquilo que pode ser lido como ausência de saúde, pode se expressar como saúde, afirmando a sua posição de humano, a sua humanidade. Retiramos neste trabalho o lugar “patológico” da reivindicação, e colocamos como denúncia, protesto contra aquilo que violenta, que desumaniza (Costa, 2023). Não seguiremos a lógica de manuais psiquiátricos e diagnósticos, nos aproximamos de como a saúde mental se constitui singularmente, atravessada pelas particularidades da sociedade e,, entendendo a loucura, como Costa e Mendes (2021) pontuam, como:

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, mas de uma contestação: *Este ser, feito coisa, deseja tornar-se um humano;* mais, não apenas deseja, como age nessa direção - *ora, se não fosse assim, ele não sofreria.* (p. 70)

Buscando colaborar com a discussão da saúde mental como produção de vida, o atual trabalho busca dar voz às crianças e adolescentes atendidas nos serviços da RAPS, na tentativa de romper com as lacunas de pesquisas acadêmicas e visibilizar sujeitos historicamente excluídos, coisificados, tutelados e diagnosticados. Objetivou-se então, responder às seguintes questões: *quais as trajetórias de vida das crianças, adolescentes e seus familiares atendidos em serviços de saúde mental infantojuvenil no Distrito Federal? Quem são esses sujeitos? Quais as condições concretas que vivem e que levaram a buscar os serviços?*

CAPÍTULO II

A CAPITAL DO PAÍS

2.1 Histórico da SMIJ no DF

A trajetória do Distrito Federal na implementação dos serviços voltados para a saúde mental de crianças e adolescentes, precede o Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei nº 8.080, de 1990) e a atual legislação de proteção e garantia dos direitos das crianças e adolescentes no Brasil - Estatuto da Criança e Adolescente de 1990 (ECA), bem como os debates sobre saúde mental na atual capital do país (França, 2017). Tal cenário assegura a necessidade de reflexão sobre como a atual capital do país se organizava e se organiza diante das demandas de saúde mental infantojuvenil e qual o percurso de investimento até os dias atuais.

Acompanhando as movimentações internacionais e nacionais em relação aos diagnósticos de crianças que não correspondiam aos ideais das escolas, o Distrito Federal iniciou por volta de 1930 a implementação de serviços para os “*desviantes*” escolares. Em 1932, foi inaugurada a Clínica de Eufrenia no Distrito Federal, com intuito de prevenir “doenças nervosas” e corrigir crianças (França, 2017). Em seguida, em 1933, seis clínicas Ortofrênicas, anexas ao ambiente escolar, surgem para atender crianças e adolescentes que apresentavam dificuldade no processo de ensino e aprendizagem, destinadas assim para “*crianças problemas*” (França, 2017). Tais investimentos não demonstram um avanço do Distrito Federal em relação ao cuidado com a criança e ao adolescente, mas ilustram os movimentos hegemônicos que eram discutidos em tal época, sendo nesse caso a forte influência da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) em 1922.

Embora tenham nascido com intenções mais amplas que abrangiam um trabalho permanente de orientação de pais e professores, estas clínicas ortofrênicas transformaram-se rapidamente em verdadeiras fábricas de rótulos. E os mais prováveis destinatários destes diagnósticos serão, mais uma vez, as crianças provenientes de segmentos das classes trabalhadoras dos grandes centros urbanos, que tradicionalmente integram em maior número o contingente de fracassados na escola. (Patto, 1990, p. 95)

Em 1969, com o Decreto nº 1.174, de 23 de outubro de 1969, do Distrito Federal, em consonância ao contexto da ditadura Militar Brasileira, um importante serviço destinado à “saúde mental” de crianças e adolescentes do Planalto Central foi inaugurado: o Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP) (França, 2017). Operando dentro da estrutura da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), instituição que administrava todos os serviços de saúde do DF e conveniado com a Fundação Educacional do Distrito Federal e a Fundação do Serviço Social do Distrito Federal, o COMPP foi criado com o objetivo de realizar diagnósticos, orientar e acompanhar casos, avaliar de forma indireta ou não a problemática apresentada, preparar e aperfeiçoar pessoal em atividades e então, estudar e cadastrar os recursos comunitários (França, 2017). Dessa forma, o ambulatório infantil passa a ser composto por uma equipe interdisciplinar, objetivando o “diagnóstico médico, social, psicológico e pedagógico” das crianças e adolescentes e pesquisar o contexto dos “menores” no Distrito Federal e do entorno.

Avaliando tal cenário, pode-se entender sua criação no período da ditadura militar (1964-1985), que proporcionou o desenvolvimento e fortalecimento de uma organização manicomial, visto que as questões de saúde mental sofrimento psíquico eram percebidas como sinônimos alvos para de internações psiquiátricas particulares, evento explicado pelo incentivo de um sistema privatizante, anterior ao Sistema Único de Saúde (Sampaio & Júnior, 2021). O

sistema privatista ganhou potência com o estímulo ao setor previdenciário e de convênios, o que pode proporcionar reflexão sobre a privatização de setores de saúde que possuem bases firmadas por meio do controle e do lucro para os segmentos empresariais (Sampaio & Júnior, 2021). Pode-se perceber neste período, o fenômeno de transferir a saúde mental digna para outra posição prioritária, passando-a para um sistema manicomial que visava o lucro, desconsiderando assim, a assistência e oferecendo precariedade. Trazendo ao contexto contemporâneo, por meio da existência da luta antimanicomial, a realidade nacional apresenta uma variação de ações e políticas instauradas em regiões e estados. O Distrito Federal, entretanto, é visto com uma desvantagem significativa em relação ao seu atraso na substituição de serviços manicomiais por centros de atenção psicossocial e outros equipamentos preconizados pela reforma psiquiátrica no Brasil (Zgiet, 2013).

Após 13 anos de implementação do COMPP, segundo Nepomuceno (2023), em 1982 um grupo de profissionais do núcleo de pediatria do Hospital de Base do DF iniciou a proposta de atendimento ambulatorial para adolescentes, tendo assim uma separação etária do público para atendimento nos ambulatórios de saúde mental: COMPP para crianças e Adoloescentro para adolescentes. Entretanto, somente em 2006 é operacionalizado e estruturada uma unidade específica para o ambulatório de adolescentes, sendo esse nomeado por “Centro de Referência, Pesquisa, Capacitação e Atenção ao Adolescente e Família” (Portaria nº 47, 2006).

Atualmente, o Adoloescentro exerce suas atividades na 605 da Asa Sul, região central do Plano Piloto e é um ambulatório que pertence à atenção secundária e atende adolescentes com casos moderados em saúde mental e seus familiares. De acordo com a portaria nº 47, de 22 de setembro de 2006, que estabeleceu o Adoloescentro como subordinado à Regional de Saúde da Asa Sul, tal serviço tem como objetivos centrais 1) A atenção Biopsicossocial, Psiquiátrica e

Psicológica ao Adolescente, de forma individual e/ou em grupo; 2) Realizar treinamentos e capacitações para os profissionais; 3) Pesquisa de ações, prevenção e promoção da saúde do adolescente e sua família; 4) Promover a integração com as redes de assistência básica e saúde mental (Portaria nº 47, 2006). O acesso ao serviço se dá por meio de um encaminhamento pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência e é responsável por atender todo o território do Distrito Federal e arredores, portanto, possui um nível elevado de demandas (Nepomuceno, 2023, p. 1-2).

Ambos os ambulatorios citados tem o início de sua atuação antes da Constituição de 1988 e são anteriores, também, à construção do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080, 1990) e da própria lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, 2001). Tal fato evidencia a construção de suas metodologias, que a priori foram desenvolvidas em um contexto hospitalocêntrico, psiquiátrico e biomédico.

Acrescenta-se ainda sobre os ambulatorios infantojuvenis que, até agosto de 2018 atendiam o Distrito Federal e a RIDE, porém com a alta demanda, se fez necessário organizar os atendimentos específicos para a capital do país (Portaria nº 773, 2018). Tal conduta reduziu o número da fila de espera, porém até o presente momento ambos os serviços, que passaram a ser regulados pela Atenção Básica de Saúde em 2018, continuam com imensas filas para atendimento.

Na tentativa de seguir uma linha do tempo dos serviços destinados a saúde mental infantojuvenil, em caráter de serviços da Atenção Psicossocial, o Distrito Federal teve seu primeiro CAPSi em 1998, atendendo durante 15 anos (1998-2013) toda a demanda de saúde mental infantojuvenil do DF e do entorno, levando como nome na época CAPSi/COMPP (França, 2017). Tal nomeação carrega um peso histórico e presente de ausência e reconhecimento

por tal dispositivo, pois até o presente momento o CAPSi Asa Norte se localiza no mesmo espaço físico que o COMPP. Segundo França (2017), entre diversos impasses para o funcionamento do dispositivo como CAPSi, o maior deles sempre foi o amplo território de abrangência, que somente em 2016 foi realizada a territorialização em parceria com outros serviços que surgiram (França, 2017). Entretanto, o CAPSi segue operando no mesmo prédio até os dias de hoje e com ampla extensão territorial para assistência, como veremos mais adiante.

Em 2012/2013, através do programa de governo “Viver sem crack” e respondendo ao plano federal “Crack é Possível Vencer”, começam a ser implementados no Distrito Federal serviços destinados a usuários de álcool e outras drogas, surgindo no campo da infância e adolescência 02 CAPSADi, sendo estes o CAPSadi Brasília e o CAPSadi Taguatinga - que não existem mais (França, 2017; Teixeira, 2013). O CAPSadi Brasília teve boa parte da equipe advinda do ambulatório Adolescentes, uma vez que esse era o serviço que até então recebia a demanda de adolescentes que faziam uso de álcool e outras drogas (França, 2017). Ambos os CAPSadi foram pensados com a proposta das Unidades de Acolhimento, porém estes serviços de caráter transitório foram desativados antes mesmo da inauguração (Reis, 2015). Com este olhar e investimento em serviços destinados à infância e adolescência, algumas mudanças relacionadas aos outros pontos do campo da saúde mental infantojuvenil passam a surgir, como a mudança do nome do CAPSi/COMPP para CAPSi Plano Piloto em 2012 e em 2014, novamente, a mudança de nome para CAPSi Asa norte.

Além disso, nesse mesmo período (2013) surgem outros dois importantes serviços destinados à Saúde Mental Infantojuvenil, o CAPSi Sobradinho e o CAPSi Recanto das Emas (França, 2017). Dessa forma, o primeiro citado é localizado na cidade satélite de Sobradinho, surge a partir da solicitação de uma médica pediatra do Hospital Regional, dessa mesma

localização, que considerava ser importante pensar na assistência oferecida a crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental (França, 2017). Assim, o serviço passa a operar no mesmo local do Conselho Tutelar, que posteriormente se retira e o CAPSi passa a ter uma sede própria.

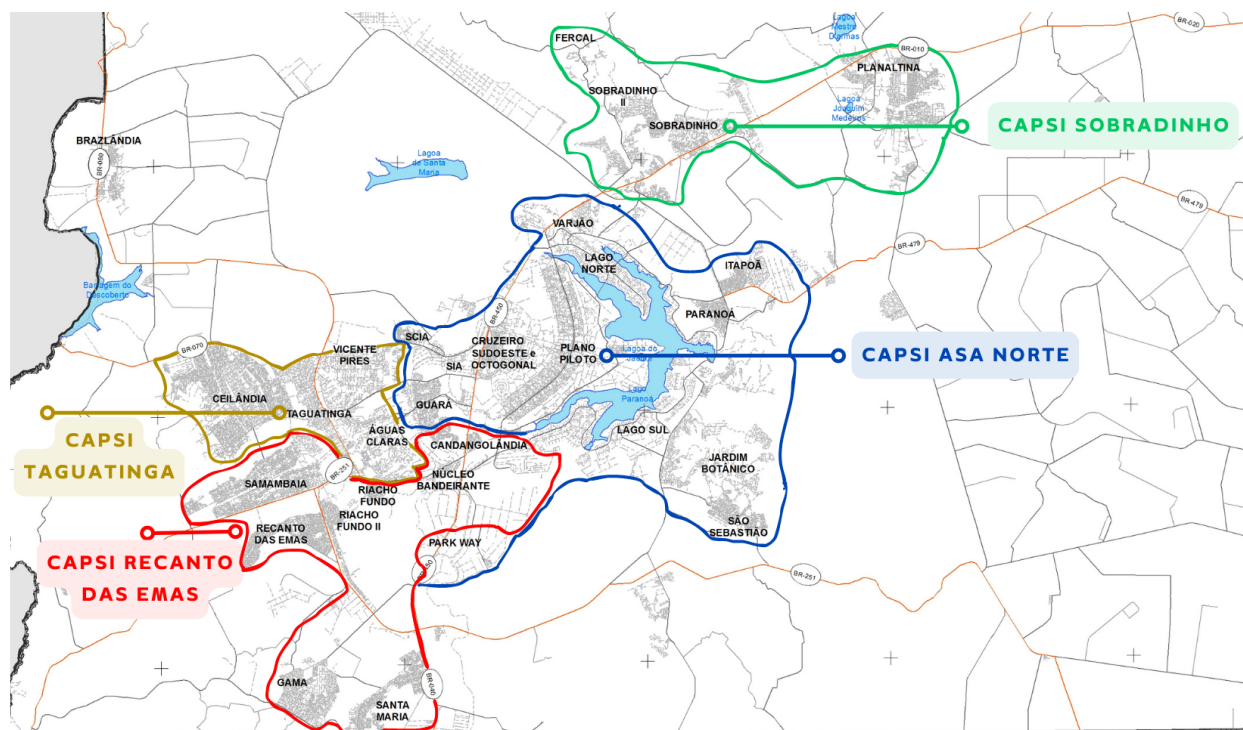
Em relação ao CAPSi Recanto das Emas, nada se diferencia em relação a “*espaços emprestados*”, pois a priori tal serviço passa a funcionar em um CAPS II adulto em Samambaia. Com a reivindicação da própria população do Recanto das Emas, que levou ao Conselho de Saúde dados que elucidaram crianças e adolescentes com questões em saúde mental na escola, a administração de tal região cedeu um local em um Centro de Saúde, o qual o serviço está localizado até os dias de hoje (França, 2017).

Com a implementação desses 04 serviços destinados ao público infantojuvenil, em 2016 se denuncia, ainda mais, a necessidade de se pensar na territorialização de todos os serviços destinados à saúde mental infantojuvenil, o que de fato acontece (França, 2017). Entretanto, em 2017 os Distrito Federal já não contava mais com os CAPSadi compondo a assistência. O que motivou tal extinção não foi explicitamente dito e encontrado para a atual pesquisa, porém França (2017) menciona alguns fatores que poderiam ter corroborado para tal inexistência dos serviços, como: Dificuldades em relação ao processo de trabalho, falta de estrutura física para alguns serviços da RAPS, questionamentos da funcionalidade destes serviços e destinação de atendimento para todas as crianças e adolescentes - sem necessidade de ser AD. Dessa forma, o CAPSadi Brasília passa a ser um CAPS II e o outro se reorganiza para funcionar como CAPSi Taguatinga (França, 2017).

A partir dessa contextualização, é nítido que a RAPS do Distrito Federal é historicamente desprovida de investimentos, ainda mais quando se pensa no público infantojuvenil, sendo

agravado o cenário com a ruptura democrática em 2016 no Brasil, que atuou em prol do corte de políticas públicas e implementando políticas manicomiais (Barros et al., 2021). Atualmente, na capital do país não existe nenhuma Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, tendo apenas seis serviços especializados no cuidado à saúde mental infantojuvenil, sendo quatro CAPSi (CAPSi Asa Norte; CAPSi Taguatinga; CAPSi Sobradinho; CAPSi Recanto das Emas) e dois ambulatorios de atenção não intensiva, com necessidade de encaminhamento e regulação por Unidades Básicas de Saúde (UBS) para atendimento de questões de saúde mental “moderada” e eventual uso de drogas, com delineamento de idade específico. O Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP) é destinado para usuários até 11 anos, 11 meses e 29 dias de todo o Distrito Federal; e o Adolescentro destinado para usuários a partir de 12 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias com a mesma área de abrangência. Os CAPSi são divididos de acordo com territórios do DF (Figura 1), sendo eles:

- CAPSi Asa Norte ou CAPSi Brasília, localizado na Asa Norte têm como área de abrangência Asa Norte, Asa Sul, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Sudoeste, Octogonal, Noroeste, Vila Planalto, Granja do Torto, Varjão, Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Estrutural, Guará I e II, Park Way.
- CAPSi Taguatinga, localizado em Taguatinga Norte têm como área de abrangência Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires e Ceilândia.
- CAPSi Recanto das Emas, localizado no Recanto das Emas e têm como área de abrangência Recanto das Emas, Samambaia, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Gama e Santa Maria.
- CAPSi Sobradinho, localizado em Sobradinho e têm como área de abrangência Sobradinho I e II, Planaltina, Fercal e Lago Oeste.

Figura 1*Territórios de abrangência dos CAPSi do DF**Nota.* Adaptado de SEDUH- DF.

Dos quatro CAPSi, três não são habilitados no Ministério da Saúde e todos os serviços estão funcionando abarcando realidades territoriais expressivas conforme a Figura 1, sendo três destes em territórios com mais de 800.000 habitantes até o ano de 2022: CAPSi Brasília/Asa Norte, com população aproximada 949.452; CAPSi Taguatinga, com população aproximada 915.384; e CAPSi Recanto das Emas, com população coberta de cerca de 830.304 habitantes (DF, 2022a; 2022b). Todos estão na contramão do que é estipulado pela Portaria 3.088 de 2011, cujos parâmetros são de 70.000 a 200.000 habitantes cobertos por tais tipos de CAPSi. Em relação aos ambulatorios propostos na rede (COMPP e Adolescente), evidencia-se a demanda

exorbitante do público que procura, bem como a não territorialização dos serviços e a lógica ambulatorial de cuidados.

Diante disso, a realidade do DF denuncia o descaso com a saúde mental infantojuvenil, oferecendo poucos serviços. Soma-se a isso a precarização das condições de trabalho e oferta assistencial, a não regulamentação de equipamentos de saúde e sua não aplicação à realidade concreta dos usuários, uma vez que a própria área de abrangência de cada CAPSi está para além de sua capacidade, tolhendo o seu caráter territorial, bem como as dificuldades e a negligência em se abordar a problemática pelos serviços não-especializados (DF, 2022a; 2022b). Tal situação favorece a lógica manicomial, tutelar e discriminatória do Governo do Distrito Federal (GDF) em relação às crianças e adolescentes. Destaca-se, assim, a análise de Zgiet (2013), que aponta a desvantagem significativa do DF em relação a substituição de serviços manicomiais por CAPS e outros equipamentos preconizados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil (Zgiet, 2013).

2.2 A Saúde Mental Infantojuvenil na/da Capital do País: Uma Revisão de Literatura

Perante a contextualização e realidade do Distrito Federal, percebe-se a necessidade de se investigar como a saúde mental infantojuvenil do DF tem sido apreendida na/pela produção acadêmica. Grosso modo, o que a academia tem produzido sobre a saúde mental infantojuvenil no DF e o que ela tem dito sobre esta realidade. Acreditamos que a produção acadêmica pode ser um importante meio de acesso à saúde mental infantojuvenil na capital do país, apreendendo o seu desenvolvimento histórico, desafios e possibilidades.

Neste sentido, essa revisão tem como objetivo analisar o que a produção acadêmica tem discutido sobre o campo da saúde mental infantojuvenil no/do Distrito Federal. Elegeu-se como método de tal pesquisa a revisão integrativa de literatura, que possui como objetivo reunir dados

presentes na literatura com estudos teóricos e empíricos, para a definição de conceitos, identificação de lacunas de pesquisas, exploração de métodos ou revisão de teorias sobre tópicos específicos (Cavalcante & Oliveira, 2020).

A busca por trabalhos foi realizada em novembro de 2023 dentro da Biblioteca Juliana Pacheco, desenvolvida e organizada pelo projeto de extensão Saúde Mental e Militância no DF, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). A Biblioteca é digital, focada na Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica no DF e concentra os principais documentos e publicações do campo da saúde mental no DF. Foi nomeada em homenagem a Juliana Garcia Pacheco, trabalhadora, pesquisadora e militante da Luta Antimanicomial no DF. A escolha de utilização da Biblioteca se deu por conta de sua ampla abrangência e sistematização de documentos com assuntos chaves para a pesquisa, principalmente por ter seu enfoque no DF, facilitando um estudo detalhado sobre a saúde mental infantojuvenil na capital do país.

Para a seleção de textos da Biblioteca Juliana Pacheco foram utilizadas diversas estratégias de coleta dos materiais: pesquisas em bases de dados acadêmicas, busca em portais do GDF, consultas com sujeitos e instituições-chave do campo da saúde mental do DF, por meio do método bola de neve (*snowball*). Ao término da escrita deste artigo, a Biblioteca contava com 664 documentos, tais como: leis; decretos; resoluções, atos, atas, comunicados, convênios etc.; manifestos e cartilhas; Notas Técnicas (e outros documentos de orientação técnica); Planos de Saúde e Saúde Mental; portarias; relatórios; e trabalhos acadêmicos (artigos, livros e capítulos de livro, Trabalhos de Conclusão de Curso - TCC -, dissertações de mestrado e teses de doutorado).

O critério utilizado para seleção de textos foi: trabalhos acadêmicos publicados até o início desta pesquisa (dezembro de 2023) e que abordassem a saúde mental infantojuvenil no DF. Foram levantados 47 trabalhos acadêmicos, com as produções divididas em cinco categorias, a

saber: 29 artigos, dois capítulos de livros, duas dissertações de Mestrado, 14 TCC (graduação e especialização), e duas teses de Doutorado. Os trabalhos são apresentados na Tabela 1.

Os artigos foram lidos na íntegra. A análise se deu por Análise de Conteúdo Temática (Gomes, 2011). Nisso, foram apreendidas as temáticas centrais de cada trabalho, a partir de seus significados, as quais foram sendo desenvolvidas e expandidas em diálogo com a literatura crítica no campo da saúde mental infantojuvenil.

Tabela 1

Trabalhos Acadêmicos com foco em Saúde Mental Infantojuvenil produzidos até 2023

Título do trabalho	Ano
Estudo sobre queixas referidas em uma unidade de saúde mental da infância e adolescência	2009
Análise do Trabalho de Reabilitação Psicossocial desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil da Secretaria de Saúde do Distrito Federal: relato de experiência	2009
O trabalho em saúde mental infanto-juvenil no COMPP/DF: Reflexões sobre a atuação do setor de Psicopedagogia no Contexto da Equipe Multiprofissional	2009
O transtorno da internação: O caso dos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação	2011
Juventude e as estratégias de Redução de Danos - A experiência do serviço de estudos e atenção a usuários de álcool e outras drogas-sead	2012
DesCAPSulando Adolescentes: Perfil da população infantojuvenil de um CAPS adi-DF em situação de uso de drogas e saúde mental	2013
Perfil sociodemográfico e avaliação do serviço de atendimento ambulatorial de transtornos alimentares do COMPP	2013
Fonoaudiologia e saúde mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial	2014
Prevenção do uso de álcool e outras drogas entre adolescentes: plano de intervenção para uma unidade básica de saúde do Distrito Federal	2014
Costurando histórias, cozendo cuidados: experiências compartilhadas a partir da estratégia terapêutica da convivência em um CAPSadi no DF	2015

Saúde mental: fatores de risco para criança e adolescente	2015
O brincar e o fenômeno da drogadição na infância: relato de experiência em um CAPSAdi no DF	2015
Acolhimento de adolescentes usuários de drogas: da retórica da proteção ao desafio da proteção efetiva	2015
Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do Espectro do Autismo em um Centro de Atenção Psicossocial	2016
O CAPS Adi no Distrito Federal: Um serviço com vistas à reinserção social	2016
Teoria x realidade do CAPSi do Recanto das Emas - DF quanto à Lei 12.764 e à Linha de cuidado do MS	2016
A capoeira como recurso terapêutico para usuários de CAPSAdi	2017
Da clínica à gestão: uma política para os CAPSi do df	2017
Soluções Inovadoras para a Promoção de Saúde Mental de Adolescentes na Atenção Primária	2018
Relato de experiência vivenciada com a saúde mental e situações de álcool e outras drogas de um grupo de adolescentes: conhecendo sobre as demandas	2018
A atuação do serviço social no grupo de adolescentes do programa de pesquisa, assistência e vigilância às violências - PAV	2018
Itinerário terapêutico dos familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do DF	2018
Serviço Ambulatorial de Saúde Mental Infanto-Juvenil no Distrito Federal: contexto histórico, estruturação e desdobramentos	2019
Impactos da pandemia de coronavírus em um CAPS infantojuvenil do Distrito Federal	2020
Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia	2020
A utilização das redes sociais digitais no cuidado psicossocial infantojuvenil, diante da pandemia por Covid-19	2020
Isolados e conectados: atendimento psicossocial de crianças e seus familiares em tempo de distanciamento social	2020
Fluxograma de atendimento a crianças e adolescentes em unidade de atenção secundária em saúde mental, durante a pandemia por COVID-19, no Distrito Federal	2020
Saúde mental de crianças e seus cuidadores diante da pandemia da COVID-19. Um relato de experiência a partir de vivências de uma equipe de residência multiprofissional em um CER II	2020

Adolescência e atos autoagressivos: o grupo da diversidade como dispositivo de cuidado em saúde mental	2020
Terapia Comunitária Integrativa direcionada aos cuidadores de usuários de um CAPSI em período de distanciamento social	2021
Formação do residente médico em psiquiatria após vivência em grupos de entrada: relato de experiência	2021
Percepção de melhora de adolescentes atendidos em um serviço de saúde mental infanto-juvenil: pesquisa avaliativa	2021
Saúde Mental fora das (CAPS)ulas: relato de experiência de ações de redução de danos com adolescentes assistidos por um CAPSad III e por unidades socioeducativas	2021
A dimensão clínica do projeto terapêutico singular no contexto da saúde mental infantojuvenil	2021
A influência dos jogos eletrônicos na saúde de adolescentes usuários de um ambulatório de saúde mental	2022
Saúde mental e violência: uma análise com adolescentes atendidos pelo programa de pesquisa, assistência e vigilância à violência	2022
Desafios para a Clínica em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal	2022
Matriciamento em saúde mental como método potencializador da avaliação do desenvolvimento infantil: relato de experiência	2022
Itinerários terapêuticos de familiares na atenção psicossocial infantojuvenil	2022
As Queixas Escolares e suas Interfaces em um Ambulatório de Saúde Mental Infantil	2022
A Reforma Psiquiátrica e sua articulação com os cuidados oferecidos em um CAPSi do Distrito Federal	2023
Acompanhamento de plano terapêutico em um ambulatório de Saúde Mental: um relato de experiência	2023
Impactos da pandemia de covid-19 nos hábitos alimentares e saúde mental de crianças com Transtorno do Espectro Autista	2023
Tentativa de autoextermínio e violência sexual: perfil de um ambulatório do Distrito Federal	2023
O cuidado de adolescentes em crise de saúde mental em um hospital geral: um relato de experiência	2023
A construção do cuidado em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde	2023

Nota. Elaboração própria.

2.3 Resultados e Discussão

2.3.1 Aspectos Gerais

Os relatos de experiência e de casos específicos, bem como estudos que aprofundam a questão das drogas, foram os tipos de trabalho mais prevalentes, sendo 20,4% das publicações. Em seguida, constatamos as publicações referentes à pandemia e à pós-pandemia, com 16,3%. Cabe destacar também as pesquisas com foco nos diagnósticos e sintomas de manuais da psiquiatria - ou seja, sobre sintomatologia - e os trabalhos de resgate histórico da implementação e funcionamento dos dispositivos em saúde mental infantojuvenil do DF, ambas com 12,2% das publicações. Por fim, 6,01% das publicações focaram em terapias não hegemônicas e atuação profissional, e somente um trabalho foi colocado como “outros”, ao versar sobre a influência dos jogos eletrônicos na saúde de adolescentes usuários de um ambulatório de saúde mental.

Ao todo, oito trabalhos foram feitos no COMPP, sendo um em parceria com o CAPSi. Quatro pesquisas foram desenvolvidas no Adolescentro, quatro no CAPSi Asa Norte e quatro em CAPSi não identificados. Serviços como UBS, Sistema Socioeducativo, Hospitais Gerais, entre outros, foram especificados em uma publicação cada. Quanto ao momento de vida dos sujeitos pesquisados, os trabalhos apenas com adolescentes (24,5% da amostra), crianças e adolescentes (18,4%) e só crianças (14,3%), sendo que alguns destes escritos relacionavam também aos cuidadores. Em trabalhos que objetivavam as análises históricas de implementação, organização e funcionamento dos serviços, não foi considerado o levantamento das idades (38,8% da amostra).

Muitos cenários de atendimento dos artigos posteriormente trocaram de nome ou deixaram de existir, como os CAPSadi. Os artigos e textos mais antigos tinham foco nos ambulatórios de saúde mental, principalmente o COMPP. Já os mais recentes, a partir de 2016,

têm uma distribuição maior de locais e populações estudadas, incluindo os atuais CAPSi, como os do Recanto das Emas, Asa Norte, Taguatinga e Sobradinho.

As produções acadêmicas avaliadas foram, em sua maioria, compostas por artigos científicos e elaboradas por profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil (31,1%). Dos 15 trabalhos feitos por estes residentes, oito estavam relacionados à pandemia, com: relatos de vivência; obstáculos dos serviços pós-pandemia; ferramentas a serem utilizadas na prática profissional; impactos da pandemia na saúde mental; cuidados online com os responsáveis pelos usuários; desafios para a atuação clínica; relatos de atendimentos; Reforma Psiquiátrica no DF; sintomatologia; influência de jogos eletrônicos na saúde dos usuários.

Com os trabalhos sobre análises de casos, os temas principais foram referentes aos processos de trabalho em equipe e utilização de ferramentas clínicas, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), matriciamento e assistência à crise. Além disso, houve trabalhos que buscaram entender as queixas mais prevalentes nos serviços, o perfil sociodemográfico de usuários e a articulação da RAPS com outras redes e políticas de atendimento a crianças e adolescentes.

Chamou a atenção a diversidade de cursos, como: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva. Ademais, nos relatos de experiência de residentes/profissionais, foram feitas propostas de redirecionamento dos serviços. Por exemplo, Arce (2014) discorreu sobre a busca coletiva de reorientação e organização do trabalho, passando a visualizar a saúde mental em sua complexidade, com práticas voltadas para atendimento em grupos e com maior atenção aos casos diagnosticados precocemente e com maior gravidade. A perspectiva de cuidado avaliada pelo autor não se baseou em só um meio de cuidado, visão esta também considerada por Santos, Lima e Barbosa (2023), entendendo que o cuidado em saúde mental infantojuvenil é responsabilidade de diversos atores e instituições.

Quanto à assistência, os trabalhos majoritariamente buscam entender como os serviços têm operado e como os profissionais se sentem em relação às ferramentas terapêuticas, o que dificulta extrair do texto maiores entendimentos e orientações práticas quanto à saúde mental infantojuvenil. É nítido, e repetido diversas vezes, que o serviço precisa ser melhorado, mas com ausência ou insuficiência de indicação de alguns caminhos ou sugestões práticas. Pensando nisso, cabe questionar o que se pode esperar de um território que conta apenas com quatro CAPSi, cada um deles abrangendo territórios desproporcionais à sua capacidade (DF, 2022a).

Cabe questionar a ausência do Movimento da Luta Antimanicomial - e, em diálogo a ele, as lutas de crianças e adolescentes -, bem como as suas implicações na assistência em saúde mental infantojuvenil. Tal ausência nos leva a pensar, mais uma vez, na falta de protagonismo de tal público não só no campo da saúde mental (e suas políticas), mas também na produção acadêmica. Grosso modo, temos um cenário em que a negação ou desconsideração quanto à saúde mental infantojuvenil passa a ser supostamente sanada, só que por perspectivas que ainda tomam crianças e adolescentes como não-sujeitos, isto é, como objetos. A seguir, aprofundamos na análise das publicações que tratam de temáticas mais prevalentes, a saber, drogas, pandemia e sintomatologia, até mesmo como forma de reforçar que as três são tratadas mais como os sujeitos da saúde mental infantojuvenil, enquanto as crianças e os adolescentes são objetificados.

2.3.2 A Relação de Crianças e Adolescentes com as Drogas e Suas Implicações

As dez produções com a temática das drogas foram realizadas entre 2012 e 2021, com sete destes trabalhos desenvolvidos até 2016. Isso demonstra relação com o período de implementação e funcionamento dos CAPSadi no DF (Teixeira, 2013). Entretanto, como supracitado, todos os serviços destinados especificamente para crianças e adolescentes em uso de

drogas foram extintos no final de 2016 (França, 2017). Destacamos o trabalho de Teixeira (2013), que traz a história dos dispositivos CAPSadi do DF, mesmo que foque em descrever a população atendida em um CAPSadi (Teixeira, 2013). Como trabalhos posteriores, temos Arantes (2018), que aborda o cuidado atrelado ao consumo de drogas em adolescentes em um CAPSi e o de Silva, Coelho e Oliveira (2021) sobre a relação entre CAPSad III e unidades socioeducativas.

Em sua maioria, os trabalhos focaram em aprofundar como o cuidado era ofertado para os adolescentes em uso de drogas, investigando as terapêuticas e sua efetividade no cuidado, como: o trabalho de Cunha (2015) que analisa a estratégia de convivência em um CAPSadi do DF; o de Silva, Coelho e Oliveira (2021), que analisa a relação de um grupo de adolescentes e jovens cumprindo medida socioeducativa e o acompanhamento no CAPSad da região sob a perspectiva da Redução de Danos (RD); e o de Arantes (2018), que aprofunda as potencialidades de um grupo terapêutico de um CAPSi do DF. O trabalho de Rabelo (2015) traz um diferencial ao elaborar, junto de sua experiência pessoal no CAPSadi Taguatinga, uma revisão de literatura com foco no brincar enquanto ferramenta de cuidado para novas significações da droga para as crianças, enquanto potencializador de escuta e cuidado (Rabelo, 2015).

Todos esses trabalhos trouxeram a potencialidade do encontro com o outro como forma de ressignificação pessoal, coletiva e de oferta de cuidado. O de Arantes (2018) não focou na temática das drogas, mas no diagnóstico da depressão, destacando que alguns usuários faziam uso de drogas. Apesar disso, se reafirmou a capacidade de os serviços substitutivos atuarem com perspectivas coletivas, que extrapolam os muros e o individualismo. Silva, Coelho e Oliveira (2021) apontam nessa direção, com ações que proporcionem o “fortalecimento de vínculos, de

redes, de exercício da cidadania e oportunizaram a criação de identidade e de pertencimento social necessários para a promoção de desenvolvimento saudável” (p. 23).

Ainda analisando a assistência ofertada, alguns trabalhos focaram na implementação dos serviços e novas ferramentas, como o de Bezerra (2014) na construção de um plano de ações preventivas e norteadoras de uma Equipe de Saúde da Família em núcleo rural, em conjunto com a educação permanente dos profissionais. Os trabalhos de Necy (2012), Reis (2015) e Garcia (2016), aprofundaram como dispositivos da RAPS tem operado, suas perspectivas e implicações no território. Foram analisados: o CAPSadi com uma perspectiva de reinserção social (Garcia, 2015); os serviços de acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com foco na diferenciação da lógica proibicionista e da RD (Reis, 2015); e a RD no Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas de um Hospital Universitário (Necy, 2012).

Dos trabalhos que abordaram a centralidade das drogas, sete trouxeram a RD como orientadora da assistência, apontando as diferenças com perspectivas proibicionistas. Contudo, apesar de citarem a RD, somente quatro aprofundaram sua conceituação. Para Cunha (2015), a RD foi trabalhada com a definição da OMS, como um conjunto de práticas do campo da saúde e dos direitos humanos e que visa minimizar os danos biopsicossociais decorrentes do uso de drogas. Para Rabelo (2015), a RD é uma estratégia com foco principal no sujeito, e não na droga, assim como para Silva, Coelho & Oliveira (2021) que corroboram que tal cuidado permite uma relação mais próxima com os sujeitos. Por fim, Reis (2015), aprofundou a conceituação de RD e proibicionismo, tratando a primeira como um caminho de liberdade e corresponsabilidade para a prevenção ou a minimização dos danos que o uso de drogas pode gerar nos sujeitos, enquanto o proibicionismo é a repressão de todos os processos relacionados ao uso de drogas (Reis, 2015).

Destaca-se que todos os autores defendem a RD com crianças e adolescentes, apesar de elucidar as inúmeras dificuldades e a falta de aprofundamento na temática com crianças e adolescentes. A partir disso, se exemplifica o trabalho de Cunha (2015), que elucida também as contradições e os desafios presentes ao se trabalhar nessa perspectiva com crianças e adolescentes, devido à fase de desenvolvimento em que se encontram, de maturação cerebral, e a proteção em ambientes em que exista o uso de entorpecentes.

Ao analisar os trabalhos supracitados nessa categoria, fica nítida a importância de pesquisas sobre a RD com crianças e adolescentes que extrapolem a conceitualização, colocando tal princípio ético e de cuidado como norte nas ações destinadas ao público infantojuvenil com a escuta desse público. Destaca-se que na atual revisão de literatura, um questionamento nos acompanhou: Porque é tão preocupante o consumo de drogas em crianças e adolescentes?

Percebe-se as condutas proibicionistas expressas de várias formas na saúde mental infantojuvenil que, historicamente, carrega uma política de punição e institucionalização de crianças e adolescentes. Tal precedente brasileiro toma a infância e a adolescência como “alvos fáceis” para condutas e pensamentos conservadores, afinal são sempre vistos como “a-sujeitos” submetidos aos ideais do adulto e, nisso, sendo controlados.

A temática das drogas com crianças e adolescentes atravessa - e é atravessada - pela lógica asilar-manicomial, por meio de leis e campanhas de criminalização e punição, estigmatizando usuários e ignorando as causas sociais e econômicas. Conforme Tristão (2018), é necessário articular o *social* e o *político* no cuidado de adolescentes e crianças usuários de drogas. Se não fizermos isso, caímos na reprodução de um modo *normal* e *patológico* da infância, marginalizando grande parte da população e tomando como foco a droga e não o sujeito.

2.3.3 Pandemia: O “Boom” de Publicações e os Desafios dos Serviços Substitutivos

Foi perceptível a intensificação da produção a partir do ano de 2020, influenciado pela pandemia de COVID-19. Para Riccaboni e Verginer (2022), houve um aumento de até 6,5 vezes na quantidade de artigos relacionados, enquanto artigos sem relação com a pandemia tiveram uma queda de até 10 a 12% na produção. O isolamento social também foi um fator significativo, considerando os impactos da privação de contato na saúde mental e na perspectiva da atenção psicossocial que trabalha com a lógica da presencialidade e territorialidade. Segundo Miranda et al. (2020), a pandemia levou a altas taxas de ansiedade, depressão e sintomas pós-traumáticos em crianças e adolescentes, principalmente em grupos mais vulneráveis. Os sentimentos de medo, desamparo, irritabilidade e solidão também foram perceptíveis nos atendimentos que eram realizados, quando realizados, em alguns serviços (Brandão et al., 2020).

Ao todo, oito artigos abordam especificamente a pandemia e diversos aspectos referentes às mudanças ocorridas. O foco está na equipe profissional dos serviços da RAPS, nos familiares, no impacto na saúde mental das crianças e adolescentes, nas dificuldades enfrentadas durante a pandemia pelos serviços e na adaptabilidade dos atendimentos na modalidade online.

Com a pandemia e o isolamento social, surgiu a questão de como os atendimentos poderiam continuar a ocorrer, pois, mais do que nunca, eram necessários. Ainda assim, ficaram restritos, sendo necessário implementar novas modalidades ou fazer reajustes na organização dos serviços e da oferta assistencial. Em Lustosa et al. (2020), Pereira et al. (2020), Fonseca et al. (2020), Andrade et al. (2020) e Santos et al. (2020) são apresentadas dificuldades da modalidade online de atendimento a parentes e crianças no período pandêmico, bem como a construção de estratégias para manter o funcionamento dos serviços. Constatou-se uma dificuldade de lidar

com a situação imposta pelo isolamento, afetando todo o escopo familiar, assim como a assiduidade de alguns usuários. Apesar das possibilidades, houve resistência por parte de alguns indivíduos, além de famílias com menor renda econômica não terem acesso às tecnologias do novo formato.

Ficou evidente que, apesar das dificuldades impostas pelos atendimentos online, eles foram necessários no período atípico da pandemia (Pereira et al., 2020). Além disso, alguns ideais e princípios da atenção psicossocial foram colocados em xeque durante a pandemia, como: a proximidade, o circuito da “loucura” na cidade, a liberdade e o trabalho territorial (Fonseca et al., 2020). Porém, o número expressivo de publicações sobre a temática no DF, também elucida as inúmeras tentativas de sustentar o cuidado em saúde mental a partir da atenção psicossocial.

Diferenciando dos objetivos citados acima, Brandão, Lima, Mesquita e Costa (2020), realizaram uma análise comparativa de frequência dos usuários no CAPSi, com foco no acolhimento e nos atendimentos em psiquiatria. Segundo os autores, fica nítido a redução de circulação no dispositivo de cuidado, apontando como possíveis fatores: a dificuldade de locomoção, restrição do GDF e a crença de que o serviço não estaria funcionando (dificuldade de comunicação). Outro trabalho que se destacou foi o de Mariano, Barbosa e Teixeira (2023) que analisou como a pandemia afetou os hábitos alimentares e a saúde mental de crianças com Transtorno do Espectro Autista, enfatizando que o impacto foi negativo tanto em desenvolvimento de novos sintomas, como nos já existentes.

A partir do exposto, parece, então, que a saúde mental infantojuvenil passou a adquirir maior relevância no contexto da pandemia. Contudo, isso pode indicar que a relevância não necessariamente é da saúde mental infantojuvenil, mas da pandemia. Ou seja, o sujeito é a pandemia. Alia-se a isso, o foco nos impactos da pandemia sobre o cuidado, principalmente por

conta das impossibilidades presenciais, só que numa perspectiva majoritariamente ambulatorial, com preocupações voltadas especificamente aos atendimentos clínicos, ambulatoriais. Isso vai na direção de constatações quanto ao avanço da ambulatorização da assistência em saúde mental como um todo, na contramão da própria atenção psicossocial, de caráter territorial-comunitário.

Na verdade, considerando a especificidade da saúde mental infantojuvenil do DF, os achados indicam que não se superou a hegemonia ambulatorial mesmo nos serviços substitutivos, como os CAPSi. Não sendo suficiente, parece que esta vem se recrudescendo, considerando a própria pandemia e os retrocessos da Contrarreforma Psiquiátrica brasileira em que, junto ao desmonte das políticas sociais e precarização das condições de trabalho e assistência, a ambulatorização avança atrelada ao recrudescimento da hospitalização, da manicomialização e medicalização da vida (Oka & Costa, 2022).

2.3.4 Sintomatologia e Sua Relação com Crianças e Adolescentes

A respeito dos artigos que tratam da sintomatologia de crianças e adolescentes, há uma diversidade entre os tópicos abordados, sendo os principais: tentativa de autoextermínio, atos auto agressivos, queixas escolares e, majoritariamente, violências sofridas. Os contextos em que as pesquisas foram feitas também são variados, abrangendo cenários que extrapolam a RAPS do DF, como um centro de especialidade para atenção a pessoas em situação de violência.

Em seis trabalhos, a busca pelo serviço de saúde mental, bem como os diagnósticos dados nesses serviços foram motivados majoritariamente por questões comportamentais. Cabe ressaltar que os sinais e sintomas de sofrimento psíquico na população jovem muitas vezes são confundidos com aspectos próprios das fases de desenvolvimento (Gomes et al., 2022). A partir disso, vale questionar o que é válido no que é considerado patológico na criança e no

adolescente. Por exemplo, no artigo de Santos et al., (2022), percebe-se a patologização do que é normal nos serviços de saúde mental infantojuvenil do DF. As autoras pontuam que, de todas as crianças com queixa escolar do serviço analisado, 86% receberam um diagnóstico ou hipótese diagnóstica. Porém, o diagnóstico pode resultar numa redução da complexidade do indivíduo a ele, fazendo com que a trajetória de vida seja compreendida apenas pelo prisma do diagnóstico (Rozeira et al., 2021). Assim, temos uma procura dos serviços públicos atrelada à difusão acrítica e desenfreada de diagnósticos, atrelada a uma crescente psicopatologização (e medicalização) da vida, podendo acarretar na expansão da estigmatização.

É notável ainda o entrelaçamento da centralidade da sintomatologia com o contexto de violência contra crianças e adolescentes, principalmente o abuso sexual infantil (de meninas). As adolescentes vítimas de violências sexuais buscam os serviços de saúde mental por conta da manifestação de sintomas psíquicos, nomeados pela psiquiatria como “transtornos”. Miranda e Silva (2023) concluíram que transtornos depressivos e de ansiedade em adolescentes estão relacionados com a vivência de abuso sexual na infância. Similarmente, Gomes et al. (2022) constataram quadros ansiosos pós-traumáticos em adolescentes vítimas de violência sexual.

A partir do exposto, cabe aos serviços de saúde mental infantojuvenil trabalharem no sentido de acolher, observar e atentar-se à realidade vivida pela criança e pelo adolescente para a realização de um trabalho protetivo, mesmo após a ocorrência da situação de violência. De acordo com Sousa (2020), o trabalho com os responsáveis e/ou familiares e com a comunidade em que a criança ou adolescente está inserida é fundamental na prevenção e proteção de situações de violência e de violação de direitos. Sobre o cuidado realizado, Eufrazio (2015) complementa afirmando que existe uma urgência no investimento de políticas públicas na prevenção e proteção das crianças e adolescentes, como a capacitação de assistentes sociais,

conselhos tutelares, instâncias jurídicas e comunidades escolares sobre saúde mental da criança e do adolescente.

A consideração dos territórios comunitários e contextos familiares em que esses jovens vivem, bem como a articulação de outros campos de atuação, é crucial na construção de uma rede de cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil. Ademais, é importante salientar que esse trabalho intersetorial precisa ser visto como primordial, dado que os textos ressaltaram um forte vínculo entre casos de violência sexual infantil e transtornos causados com atos autoagressivos e tentativas de autoextermínio na população jovem.

Ao analisar tais publicações, fica evidenciada a redução da saúde mental infantojuvenil à doença e ao diagnóstico, impulsionando a psicopatologização da infância e da adolescência, bem como a individualização e culpabilização de contextos tomados por violentos. Nesse sentido, questionamos se os trabalhos não expressam e reforçam uma lógica prejudicial às crianças e adolescentes, por mais que abordem a sua saúde mental. Tal fato está intrinsecamente relacionado às explicações do campo psi que, atreladas ao ambiente educacional, ao ideal familiar e de desenvolvimento, servem como manutenção de discursos que sustentam a sociabilidade e seu caráter desigual, exploratório e opressivo (Patto, 2022). Os espaços vivenciados pela criança e o adolescente são anulados do processo de crítica, procurando-se por algo que justifique os *desajustamentos* infantojuvenis. Ora, não seria relevante colocar a doença ou o diagnóstico entre parênteses e abarcar tais sujeitos em suas complexidades?

2.4 Considerações Finais do Capítulo

No presente trabalho foi possível se debruçar sobre a saúde mental infantojuvenil no DF, por meio da produção acadêmica, desvelando possibilidades, mas também limites e contradições.

Uma limitação pertinente a este estudo diz respeito ao fato de que a realidade vai além do que a academia aborda e diz dela, sendo a presente revisão um exercício de aproximação desta realidade, a ser aprofundado por outros esforços de pesquisa.

A produção acadêmica no DF demonstra a tentativa de suprir a marginalização ou negligência com a saúde mental infantojuvenil, com importante participação de residentes. Porém, ainda predominam perspectivas que tomam crianças e adolescentes como objetos. Há, assim, uma falta de protagonismo dos usuários, principalmente por trabalhos que busquem entender as percepções que crianças e adolescentes têm sobre o cuidado oferecido. Soma-se a isso, a ausência ou insuficiência de explicações sobre o que se considera saúde mental. Podemos ainda discutir a falta de aprofundamento crítico a respeito da história da saúde mental no DF, relacionados com a Luta Antimanicomial, apesar da menção à Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, provoca-se com tal escrita que novas pesquisas abarquem a saúde mental infantojuvenil da capital do país, mas tomando-a como sujeitos, não mero objetos - e mais, os diagnósticos e patologias como sujeitos delas, objetificando-as ainda mais. Assim como é necessário sair dos muros dos serviços, sob o risco de reproduzir lógicas manicomiais, cabe extrapolar os “muros” da academia, de publicações sobre os profissionais e técnicas, e chegando de fato a escutar e estar de “portas abertas” ao que vem de fora.

CAPÍTULO III

MÉTODO DA PESQUISA EMPÍRICA

A partir do exposto, conduzimos uma pesquisa empírica, com intuito de aprofundar a compreensão sobre os processos de cuidado em saúde mental infantojuvenil no DF, a partir de histórias de vida de crianças, adolescentes e seus familiares e seus itinerários terapêuticos. O percurso metodológico desta pesquisa empírica será apresentado em duas etapas. A primeira, na seção 3.1, consiste no levantamento inicial dos dados de usuários dos CAPSi, incluindo o contato com os serviços. A segunda, apresentada na seção 3.2, detalha o processo de produção e análise dos dados referente aos itinerários terapêuticos e as histórias de vida das crianças e adolescentes abordados, bem como de suas famílias.

O estudo se configura como exploratório, de caráter qualitativo e que elegeu-se a princípio os quatro CAPSi do Distrito Federal, por serem serviços de caráter territorial-comunitário substitutivos aos modelos e instituições manicomiais, e por serem os principais dispositivos especializados de cuidado da infância e adolescência em sofrimento psíquico da RAPS do DF. Sendo assim, o COMPP e o Adolescentro, apesar de também integrarem a RAPS no DF, não foram pensados enquanto cenário da pesquisa empírica por serem ambulatoriais, de caráter não territorial, atuando exclusivamente numa lógica ambulatorial e, também, por terem recorte específico de idade para atendimento. Contudo, mesmo não abordados diretamente no presente estudo, por fazerem parte da RAPS do DF, acabam também fazendo parte das histórias de vida e itinerários terapêuticos dos sujeitos da pesquisa - como será abordado à frente.

O trabalho teve sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília (UnB), no início de outubro de 2023, parecer nº 6.408.796.

3.1 Levantamento Inicial dos Dados de Usuários dos CAPSi do DF

Durante o contato e tratativas iniciais com os CAPSi, foi possível observar e levantar questões importantes do funcionamento de cada serviço, registradas no diário de campo da pesquisadora e que também serão consideradas no processo de levantamento e análise de dados. Durante as pactuações, objetivou-se levantar o perfil predominante dos usuários de cada CAPSi, utilizando do banco de dados de cada serviço e do diálogo com as equipes, que destacaram dificuldades em manter as informações fidedignas à realidade do serviço. Ademais, estas informações são fundamentais para analisarmos e compreendermos as singularidades assistenciais - e, em extensão, de vida - das crianças e adolescentes abordados pela presente pesquisa, de modo que tais singularidades já remetem a como os serviços estão organizados, como eles funcionam e como se dá a oferta e construção do cuidado a elas.

Diante da singularidade de organização de cada CAPSi, a trajetória para alcançar os sujeitos da pesquisa foi diferente, conforme veremos mais adiante. Entretanto, pretendendo levantar o perfil dos frequentadores, buscamos em todos os serviços as seguintes informações da população atendida: a) gênero; b) raça/cor; c) faixa etária; d) renda mensal; e e) configuração familiar. O que encontramos foi a ausência de tais informações na maioria dos serviços. Logo, a escolha do sujeito das entrevistas foi diferente em cada CAPSi. A partir disso, detalhamos o contato com cada CAPSi, entendendo a importância de *desvelar os dados e suas ausências*. Embora esse procedimento não seja o foco principal do estudo, questionamentos foram

levantados durante o processo de coleta e que, entendemos a importância de uma análise e contextualização inicial, mesmo que abordada de forma insuficiente e limitada.

Para proteção e não exposição das informações, utilizaremos nomes fictícios para cada CAPSi, por mais que tais informações não tragam nenhum tipo de comprometimento aos serviços e às equipes. Trata-se, portanto, de mais um cuidado ético - dentre outros que tomamos durante a pesquisa - com intuito de que as discussões também não fiquem individualizadas ou personalizadas, como se fossem algo de um ou outro serviço, um outro profissional, por mais que digam deles em suas singularidades, de suas dinâmicas e práxis.

3.1.1 CAPSi Cerrado

Em outubro de 2023, logo após a aprovação do CEP, entrei em contato com a gerente do serviço para marcar um dia de apresentação da pesquisa para a equipe, bem como verificar se existia algum levantamento dos usuários atendidos, com o intuito de obter qual o perfil dos usuários predominante no CAPSi Cerrado. Nesse diálogo foi informado sobre uma planilha de produtividade que conseguimos ter acesso somente no local. No dia 31 de outubro de 2023, a pesquisadora esteve na reunião de equipe e apresentou a pesquisa para todos, que compreenderam e concordaram com a relevância de tal investigação acontecer em todos os CAPSi. Entretanto, o levantamento das planilhas foi adiado por instabilidade da rede de internet. Em 10 de janeiro de 2024, foi acordado que a mestrandia responsável iria fazer o levantamento da planilha, porém ao chegar no serviço foi apresentado duas planilhas, alegando estarem em transição para outro sistema e portanto, os dados poderiam estar incompletos em ambas. Além disso, alguns prontuários físicos ainda estavam nos armários, sem que os profissionais soubessem se estavam contemplados nas planilhas.

Dessa forma, foi coletada as informações das duas tabelas e gerado uma nova planilha Excel, pelo Google Drive, com as informações dos usuários, excluindo aqueles que se repetiam. Assim, foram levantados 987 usuários, não podendo afirmar se todos estão frequentando o CAPSi ou se já finalizaram seu processo de cuidado em tal dispositivo. Nesta nova planilha, 51,2% são classificados como do gênero masculino (505 usuários), 48,2% feminino (475 usuários) e 0,5% não constam identificação de gênero (05 usuários). Em relação a idade, 16 anos foi a idade majoritária, demonstrando 14,8%, seguido de 13,9% de 18 anos de idade, 13,6% com 17 anos de idade, 10,7% com 15 anos, 8,8% com 14 anos e 6,4% 12 anos de idade. As outras idades aparecem de forma bem reduzida.

Em relação ao quesito raça/cor, 48,9% dos frequentadores do serviço estão classificados enquanto pardos, 22,7% sem informação, 17,2% brancos, 5,3% pretos, 3,5% “outra”³, 1% preferiu não informar e 0,5% indígenas. Acrescenta-se a tais dados, as informações referente aos territórios de residência dos usuários, sendo 34,6% moradores do Recanto das Emas, 29,8% moram em Samambaia, 9,8% em Riacho Fundo II, 9,6% residem no Gama, 8,3% em Santa Maria, 5,0% em Riacho Fundo I e 1,2% Núcleo Bandeirante.

A partir disso, levantou-se como perfil predominante do CAPSi Cerrado o seguinte: usuário do gênero masculino, morador de uma das áreas de abrangência do referido serviço, pardo e com 16 anos de idade. Após esse levantamento, entrou-se em contato com a gerência de tal serviço no início de maio de 2024, devolvendo a análise e questionando se existia algum usuário que achavam interessante para acompanhamento da pesquisa e que pudesse estar dentro desse perfil. Entretanto, após alguns contatos, no final deste mesmo mês obtivemos a resposta de um caso que não se enquadra no primeiro aspecto, sendo do gênero feminino. Devido à demora

³ Sem detalhamento do que se referia ao “outra”.

das tratativas e com o andamento da pesquisa, definiu-se a retirada do CAPSi Cerrado da etapa da pesquisa de acompanhar e analisar os itinerários terapêuticos.

3.1.2 CAPSi Ipê

Assim como nos outros CAPSi, em Outubro de 2023, logo após a aprovação do CEP entrou-se em contato com a gerência do serviço e devido alguns contratempos da servidora e também da pesquisadora, em janeiro de 2024 foi feita uma tentativa de iniciar a coleta de dados com a etapa de levantamento dos usuários, atravessado pelas férias e por questões familiares da mestrande. Ainda assim, em abril de 2024 iniciou-se novas tratativas e foi sinalizado que o CAPSi Ipê tem uma tabela com as informações dos frequentadores do serviço, combinando, ainda no mesmo mês, uma visita e levantamento dos dados, a partir da tabela citada.

Foi perceptível que o serviço se mostrou extremamente organizado com as informações dos usuários, elucidando dados faltantes nos demais serviços. Além das informações sobre idade, quesito raça/cor, território, tal tabela contemplava origem do encaminhamento ao serviço e queixa/demanda. Na classificação de queixa, foi perceptível nomeações de manuais psiquiátricos e diagnósticos ou sintomas, como por exemplo: TOD (Transtorno Opositor Desafiador), Agressividade, Depressão, Distúrbio de Conduta, Ideação suicida, Tristeza, entre outros.

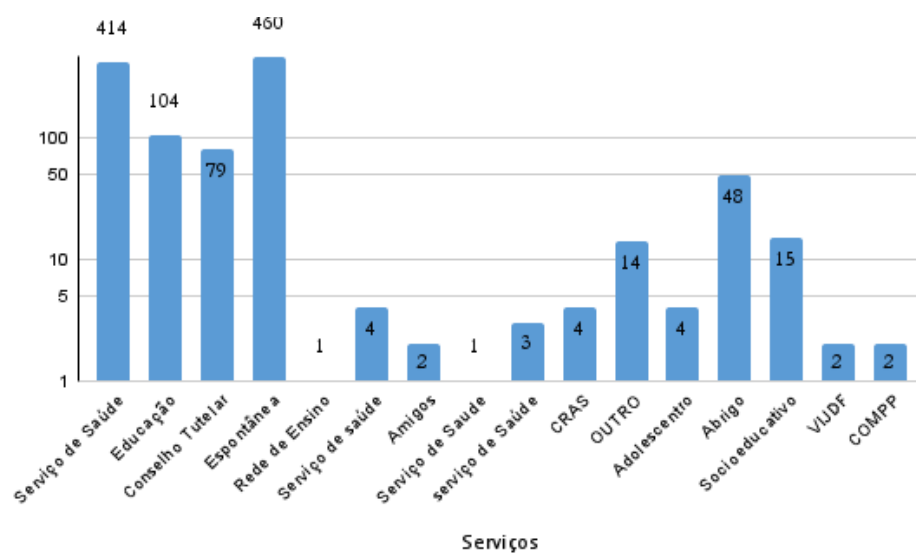
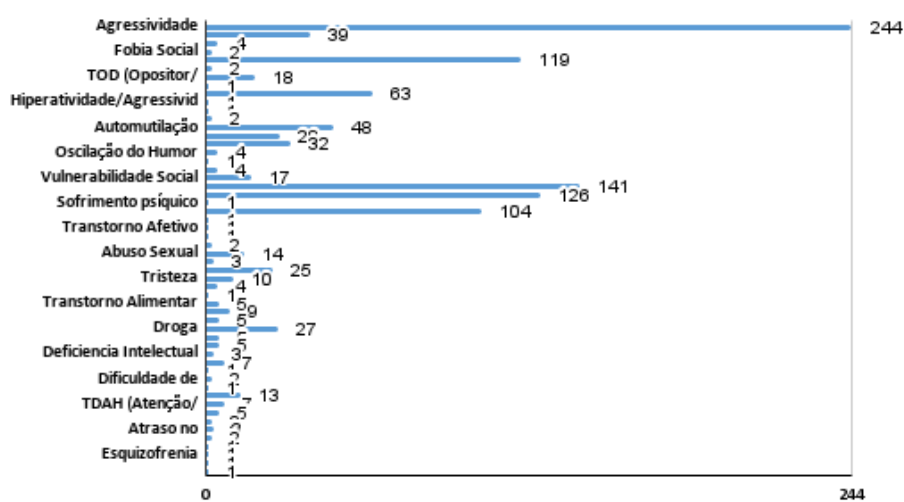
Dessa forma, a planilha sinalizava 1.175 usuários ativos no serviço, sendo 52,2% do gênero masculino (617 usuários), 47,4% feminino (557 usuários) e, um usuário como “outro”⁴ em identificação de gênero. A idade de 17 anos foi majoritária, aparecendo em 13% (160 usuários), seguido de 16 anos com 11,1% (136 usuários), 15 anos com 10,3% (126 usuários), 14 anos com 9,2% (113), saltando para a idade de oito anos com 7,9% (97 usuários). As demais

⁴ Sem maiores informações sobre o que nomeiam de “outro”.

idades oscilaram entre 40 a 69 usuários, excluindo a idade de 03 anos que apareceu em 1,5% demonstrando 19 usuários.

Em relação ao quesito raça/cor, 68% dos usuários estão classificados como pardos, 24,5% brancos, 6,3% pretos e 1,1% amarelo. O território que apareceu com maior frequência, foi disparadamente Ceilândia sendo 46,2% dos usuários que residem em tal local, com destaque para Sol Nascente que foi considerado, em alguns casos, separado na tabela, somando-se 10,1%. Dos frequentadores do CAPSi Ipê, 32,3% são moradores do mesmo local do serviço, 5,5% residem em Vicente Pires, 1,7% moram em Águas Claras, Arniqueiras e Areal. Destaca-se que Riacho Fundo, Samambaia e Brazlândia, apareceram enquanto território de abrangência (um usuário em cada região), apesar de não ser considerado na territorialização dos CAPSi do DF. Por fim, dois usuários estão classificados como “outros”, sem maiores especificações do que se trata.

Conforme dito anteriormente, o CAPSi Ipê considera em sua tabela duas novas informações: encaminhamento e queixa/diagnóstico. Tais informações são extremamente valiosas para entendimento de como o CAPSi tem operado e chegado ao território, elucidando que majoritariamente as demandas têm sido espontânea (39,8%) e a agressividade (autoagressividade e heteroagressividade) aparecendo como queixa predominante, em 20,9% dos casos acompanhados. Para análise de tais informações, considerou-se a importância de trazer o gráfico de origem de encaminhamento (Figura 2) e o de queixa/motivo do encaminhamento (Figura 3).

Figura 2*Origem dos encaminhamentos - CAPSi Ipê**Nota.* Elaborado pela autora.**Figura 3***Queixa/motivo do encaminhamento para o CAPSi Ipê**Nota.* Elaborado pela autora.

Diante disso, o perfil levantado no CAPSi Ipê foi o de um frequentador do gênero masculino, com 17 anos de idade, morador da Ceilândia, pardo e com demanda de agressividade. Foi feita a devolutiva do perfil levantado para a gerência do serviço em maio de 2024 e até o momento de finalização da pesquisa, não tivemos resposta de um possível caso ou novas tratativas. Sendo assim, para não atrasar a pesquisa, o CAPSi Ipê não teve o acompanhamento de um usuário nas etapas seguintes.

3.1.3 CAPSi Candango

Em consonância ao período de aprovação e primeiro contato com os outros serviços, as tratativas com o CAPSi Candango aconteceram em Outubro de 2023, sinalizando a aprovação da pesquisa no CEP e questionando as possibilidades para iniciar a coleta de dados. Com a realidade do serviço e atravessamentos pessoais, em março e início de abril de 2024, foi realizado o primeiro levantamento da tabela do serviço que demonstrava os usuários atendidos. Destaca-se que o contato aconteceu com maior facilidade e fluidez devido ao vínculo anterior da pesquisadora em tal instituição enquanto residente.

Durante a análise no próprio CAPSi, foi perceptível que o banco de dados estava com informações faltantes ou incompletas, não elucidando a realidade do serviço. Foi comunicado pela equipe que o instrumento de prontuários e levantamento de informações passou por uma mudança em agosto de 2023, sendo na época do levantamento o Trackcare⁵. Até então, utilizavam de prontuários físicos e planilhas do Google drive. Tal situação acarretou perda de dados e informações, elucidando a não fidedignidade dos números que nos apresentaram, sendo estes: 311 prontuários ativos, sem considerar pacientes novos e subnotificações. Os prontuários

⁵ Sistemas de prontuário eletrônico, utilizados na rede de saúde do Distrito Federal. No momento da pesquisa, todos os serviços estavam passando pela transição de prontuários físicos para os prontuários virtuais.

ativos, para os funcionários que nos acompanharam no momento, baseavam-se no acompanhamento semanal no serviço, seja a partir de atendimentos “coletivos” ou individuais. Dos aspectos que gostaríamos de levantar, conforme descrito na metodologia, os trabalhadores que ali estavam, apresentaram somente o território de maior abrangência, sendo São Sebastião (74 usuários).

Durante esse contato, a gestora e parte da equipe administrativa compartilharam as dificuldades e os tensionamentos que estavam sendo feitos a respeito do espaço de funcionamento do CAPSi Candango, que ainda hoje ocupa o mesmo prédio de um ambulatório. No decorrer da conversa, os servidores relataram um aumento de demanda após a pandemia da COVID 19, tendo como perfil expressivo adolescentes com tentativas de suicídio e lesões auto provocadas, majoritariamente no gênero feminino. Acrescentaram a recente demanda de meninas em situação de exploração sexual e uso de substâncias psicoativas.

Diante da ausência de dados levantados, a equipe que acompanhou a visita sugeriu a construção de um formulário pelo Google Forms, para que os servidores respondessem qual o perfil predominante do CAPSi Candango de forma anônima. Aderimos a sugestão e em abril de 2024 enviamos para a gestora compartilhar com todos da equipe. No formulário os trabalhadores não eram identificados e continha questões de múltipla escolha a fim de elucidar os seguintes aspectos: a) gênero predominante; b) quesito raça/cor predominante; c) renda familiar mensal; d) configuração familiar; e) estabilidade familiar. Ainda sobre o formulário, dispusemos de dois espaços para respostas dissertativas e curtas, um referente a idade predominante nos usuários e outro espaço para sugestão de caso. Entretanto, não obtivemos nenhuma resposta durante 12 dias e combinamos uma reunião de equipe para o diálogo e levantamento do perfil prevalente dos usuários do CAPSi Candango.

Nesse encontro foram levantados dois casos que os servidores alegaram ser a expressão do CAPSi Candango, sendo uma criança de São Sebastião e uma adolescente indígena. Em seguida, foi feita a leitura de ambos os prontuários e iniciado as tratativas com os responsáveis para apresentação da pesquisa. Neste momento, a criança escolhida não respondia o contato dos CAPSi e das pesquisadoras, mudando para outra criança no final do mês de junho e que residia no mesmo território da criança anterior. Com essa segunda criança, o contato foi efetivado.

3.1.4 CAPSi Mangueira

Na semana seguinte da ida ao CAPSi Candango, em abril de 2024, foi realizada a visita ao CAPSi Mangueira para levantamento do perfil predominante, a partir das informações que o próprio serviço tinha. Entretanto, ele estava passando por mudanças administrativas, incluindo a gerência e reforma do espaço, o que acarretou de não terem um levantamento único dos usuários dos serviços, oferecendo somente as listas de frequências no grupos realizados. Destaca-se que como os outros CAPSi, o CAPSi Mangueira também estava em processo de mudança dos prontuários para o Sistema Trakcare, sobrecarregando o trabalho dos servidores, segundo relato da gerência.

Dessa forma, em pasta compartilhada pelo Google Drive, foi sinalizado que o serviço contava com 10 grupos acontecendo, entretanto a gerente destacou a não fidedignidade dos dados por se tratar de listas de presença exclusivas para grupos, não considerando todas as atividades do CAPSi Mangueira e os usuários que possam frequentar outra forma de atendimento. Dessa forma, foi realizado o levantamento dos usuários frequentadores dos grupos, que se mostrou muito reduzido, se expressando em 235 usuários do serviço. Assim como o CAPSi Candango, enviamos também um formulário para equipe com as mesmas questões

citadas anteriormente e tivemos quatro respostas com indicações de casos para serem acompanhados. Utilizando das listas de presença e das quatro respostas ao questionário, foi perceptível que o perfil de usuário predominante seria um adolescente com 14 anos de idade do gênero masculino, sem outras informações.

Um dos casos acompanhados pela pesquisa foi citado em três das quatro respostas ao formulário respondido pelos trabalhadores e o outro decidido em uma reunião de equipe posterior. Após os casos decididos pela equipe do CAPSi em 9 de maio de 2024, agendamos a leitura do prontuário para 22 de maio do mesmo ano e após cinco dias solicitamos ao CAPSi que fizesse o primeiro contato com os familiares, apresentando a pesquisa e verificando o interesse em participar. Durante esse período, recebemos a informação que um dos adolescentes estava internado no Hospital de Base, junto com a genitora, acordando que após a alta entraremos em contato.

Apesar de diversas mensagens enviadas em dias diferentes, somente em 10 de junho conseguimos marcar um encontro no serviço para a semana seguinte com os adolescentes da pesquisa. Contudo, no dia marcado, após a realização do grupo que ambos participavam, nenhum dos dois compareceu e fomos informados que ambos estavam ausentes há algum tempo. No mesmo dia conseguimos o contato de uma das responsáveis, sendo agendada a primeira entrevista do primeiro caso em 25 de junho. Em 08 de julho de 2024, conseguimos o contato da outra genitora, que apesar de ter confirmado a presença na entrevista em 05 de julho, com o próprio CAPSi, não esteve presente.

Diante dessas dificuldades de contato com o próprio CAPSi e da presença de um dos casos acompanhados no próprio serviço, foi decidido para essa entrevista em específico que ela

acontecesse de forma online pelo Google Meet. O acompanhamento do outro adolescente já estava em andamento, conforme descrito na metodologia de coleta de dados.

3.1.5 Síntese dos Levantamentos nos CAPSi

Na Figura 4, o leitor se aproxima das tratativas com os serviços, incluindo as respostas negativas e efetivas. O processo de agendamento com cada caso acompanhado não está descrito na Figura, pois será apresentado na seção seguinte. Destaca-se que quando não tivemos resposta ou o contato não foi efetivo, como, por exemplo, quando houve troca de gerência, atestado e férias da gerência ou então com a não resposta, contamos com um “x” em vermelho. Na presença de respostas, contamos com “check” em verde, configurando que a atividade foi realizada e respondida.

Figura 4

Tratativas com os serviços para levantamento do perfil de cada CAPSi

CAPSi Candango	CAPSi Mangueira	CAPSi Cerrado	CAPSi Ipê
06/10/2023 Contato para informar aprovação do CEP e consultar a disponibilidade para levantamento da pesquisa. ✖	06/10/2023 Contato para informar aprovação do CEP e consultar a disponibilidade para levantamento da pesquisa. ✖	06/10/2023 Contato para informar aprovação do CEP e consultar a disponibilidade para levantamento da pesquisa. ✔	06/10/2023 Contato para informar aprovação do CEP e consultar a disponibilidade para levantamento da pesquisa. ✔
24/10, 26/10 e 01/01/2024 Contato para consultar a disponibilidade para levantamento da pesquisa. ✖	24/10/2023, 04/01/2024 Contato para consultar a disponibilidade para levantamento da pesquisa. ✖	24/10/2023, 26/10 Contato para consultar a disponibilidade para levantamento da pesquisa. ✔	24/10/2023 e 04/01/2024 Contato para consultar a disponibilidade para levantamento da pesquisa. ✖
28/03/2024 Contato para consultar a disponibilidade para levantamento da pesquisa. ✔	28/03/2024 Contato para consultar a disponibilidade para levantamento da pesquisa. ✔	31/10/2023 1ª visita ao serviço: reunião de equipe e acesso as planilhas (instabilidade na internet) ✔ ✖	08/04/2024 Contato para consultar a disponibilidade para levantamento da pesquisa. ✔
10/04/2024 1ª visita ao serviço: acesso as planilhas. ✔	16/04/2024 1ª visita ao serviço: acesso as planilhas. ✔	04/01/2024 Agendamento para acesso das planilhas. ✔	18/04/2024 1ª visita ao serviço: acesso as planilhas. ✔
17/04, 22/04, 24/04 Envio do formulário de levantamento e lembrete de preenchimento. ✖	18/04 e 22/04 Envio do formulário de levantamento e lembrete de preenchimento. ✔	10/01/2024 Levantamento das planilhas. ✔	15/05, 21/05 e 27/05 Tratativas para levantamento e contato com os usuários. ✖
14/05/2024 Levantamento do perfil em reunião de equipe. ✔	09/05 e 15/05 Levantamento do perfil em reunião de equipe. ✔	07/05, 15/05, 21/05, 27/05 Tratativas para levantamento e contato com os usuários. ✖	
04/06/2024 Tratativas para contato com os usuários. ✔	21/05, 22/05, 27/05 Tratativas para contato com os usuários. ✔		

Nota: Elaborado pela autora.

3.2 Percurso Metodológico das Entrevistas

Conforme mencionado acima, foi possível levantar o perfil prevalente de usuários de três CAPSi do DF. Após essa etapa, solicitamos auxílio dos CAPSi para escolha de um participante de cada que estivesse dentro do perfil levantado e que também estivesse dentro dos seguintes critérios de inclusão da pesquisa: a) crianças e/ou adolescentes com idade igual ou maior que três anos e menor de 18 anos e seus familiares; b) estar em acompanhamento no CAPSi de referência; c) ter frequentado um mínimo de três encontros em qualquer atividade oferecida pelo serviço; d) ter disponibilidade para comparecer aos atendimentos do CAPSi, em datas pré-acordadas; e) consentir e assentir com a participação na pesquisa.

A despeito de essa opção metodológica ter limitações, acreditamos que, em face de outras possibilidades - também limitadas - se tratava de um movimento mais cuidadoso com a própria realidade abordada, a qual compreendemos que os profissionais têm mais experiência e conhecimento que a equipe de pesquisadores. No entanto, somente dois CAPSi responderam com indicação de casos que estivessem dentro do perfil apurado e dos critérios de inclusão. Sendo assim, com o delongamento nas tratativas dos outros dois CAPSi, optou-se por excluí-los da etapa de acompanhamento dos casos, buscando não atrapalhar o desenvolvimento da pesquisa.

A partir disso, os dois CAPSi abarcados fizeram o primeiro contato com os entrevistados, buscando não intimidá-los na presença de pessoas estranhas a eles. Após o contato do CAPSi, a pesquisadora se comunicou com as famílias escolhidas para agendamento das entrevistas e assinatura dos termos de consentimento e assentimento quanto à participação na pesquisa.

Destaca-se que, em um primeiro momento, nos propusemos a responder às seguintes questões: quais as trajetórias das crianças, adolescentes e seus familiares em busca do cuidado em saúde mental infantojuvenil no Distrito Federal? Quais os seus desafios e possibilidades? Quais as condições concretas que os usuários dos serviços vivenciam na busca por cuidado?

Entretanto, ao longo das entrevistas, nos deparamos muito mais com histórias de vida do que itinerários terapêuticos; ou melhor, para compreender os itinerários terapêuticos, eles deveriam ser analisados circunscritos às trajetórias das vidas às quais eles se referem, fazem parte e produzem. Não que um não estivesse ligado ao outro, mas as histórias de vida transcendem os limites dos itinerários terapêuticos, revelando a complexidade da experiência humana com o sofrimento, com as condições de vida e, portanto, com a saúde mental. Ainda buscamos responder às perguntas supracitadas, mas com as respostas a elas atreladas ao

conhecimento sobre as histórias de vida de crianças e adolescentes assistidas na saúde mental do DF. Nisso, o objetivo acabou sendo construído para compreender as histórias de vida, e nelas, os percursos assistenciais, de uma criança, três adolescentes e seus familiares, atendidos em dois CAPSi do DF.

Dessa forma, as estratégias de coleta de dados foram: a observação participante e entrevistas em profundidade. Sobre a observação participante (Valladares, 2007), ela foi realizada por meio de visitas aos serviços, conversas informais com as crianças ou adolescentes, familiares, profissionais, tendo no diário de campo o instrumento fundamental de registro e síntese dos dados produzidos. Conforme Valladares (2007, p. 153), “a observação participante, implica, necessariamente, um processo longo”, de modo a apreender o próprio objeto em movimento, ao mesmo tempo em que “supõe a interação pesquisador-pesquisado” (p. 154). No total, foram realizadas 10 entrevistas e inúmeras idas ao CAPSi, que não foram possível mensurar, pois foram realizadas por diversos participantes do grupo de pesquisa em busca de informações sobre o caso e o serviço, bem como agendamentos de entrevistas que não foram realizadas pela ausência dos participantes.

Para o encontro e entrevistas com os participantes foi estruturado seis temas para serem abordados durante as conversas com os familiares e crianças, ainda calcados no objetivo inicial do trabalho, sendo estes: 1) Apresentação dos sujeitos, a rotina e território que transitam; 2) Relação com o CAPSi de referência (quanto tempo frequentam e como foi chegar até o serviço); 3) Necessidade de ajuda (quando e como perceberam que precisavam de cuidado); 4) Conhecimento prévio do CAPSi; 5) Significado do CAPSi atualmente; 6) Conhecimento e experiência na RAPS. Tais questões serviram como norte das entrevistas, entretanto não se tomou como uma “ordem” de perguntas.

Quanto às entrevistas em profundidade, se trata de uma entrevista semiestruturada que permite respostas abstratas e aprofundadas, com direcionamento da pesquisadora de enfatizar questões pertinentes à pesquisa (Silva, 2005). As entrevistas foram realizadas nos serviços supracitados e/ou em demais locais acordados com os participantes, como a residência dos mesmos. Por ser um estudo que se propõe uma análise contextualizada e em profundidade, apreendendo não apenas a aparência fenomênica, mas indo em direção ao seu conteúdo, à sua essência - e entendendo que ela se dá em movimento -, não delimitamos a priori um número de entrevistas, sendo o próprio “objeto” de estudo e a realidade como um todo que delimitam tal quantidade.

Neste sentido, no decorrer das entrevistas, reconhecendo que os relatos envolviam diversas violências, foi garantido o cuidado ético de um ambiente acolhedor e a possibilidade de interrupção da participação da pesquisa, assegurando que todos seriam respeitados na decisão do quanto gostariam de compartilhar da história de vida. Assim, quando demonstraram desconforto, foi sugerido a interrupção, prontamente respeitadas sem qualquer forma de insistência. Destaca-se que durante as falas, os sujeitos foram conscientizados sobre as violências e violações de direitos que emergiram dos relatos de suas histórias, buscando acolher, informar e orientar os participantes sobre essas questões. Da mesma forma, a equipe dos serviços responsáveis na indicação do caso, recebeu pela pesquisadora a devolutiva da pesquisa, promovendo reflexões para possíveis implicações e encaminhamentos nas terapêuticas.

Ainda em consonância com Valladares (2007), quanto às pesquisas que se utilizam da observação participante:

É preciso aprender quando perguntar e quando não perguntar, assim como que perguntas fazer na hora certa (p. 303). As entrevistas formais são muitas vezes desnecessárias (p.

304), devendo a coleta de informações não se restringir a isso. Com o tempo os dados podem vir ao pesquisador sem que ele faça qualquer esforço para obtê-los. (Valladares, 2007, p. 154)

Ainda sobre as entrevistas, é necessário pontuar que foram feitas adaptações para os participantes diante de suas singularidades, sendo realizada como uma conversa e não algo roteirizado, adaptando-se aos seus entendimentos, limitações e comunicações. Além disso, segundo Silva (2005), é importante discursar livremente diante de perguntas amplas sobre determinado tema, sem, contudo, desconsiderar o roteiro da entrevista.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando a própria linguagem das pessoas entrevistadas. Em relação a análise de dados, utilizamos da Análise de Conteúdo temática, com inspiração nos pressupostos e categorias da tradição marxista. Os achados oriundos da observação participante foram dialogados com os das entrevistas, possibilitando uma análise totalizante.

O processo analítico aconteceu da seguinte forma: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento e interpretação dos resultados (Gomes, 2011). Cabe ressaltar que, conforme Taquette (2016, p. 525) afirma, “durante a coleta de dados a análise já está ocorrendo”. Dessa forma, fizemos uma leitura profunda, processual e crítica da realidade concreta dos sujeitos entrevistados e sua relação com o cuidado em saúde mental infantojuvenil do DF, a partir das singularidades dos sujeitos. Ou seja, tomamos tais singularidades como vias de acesso, enquanto exemplos concretos, da realidade de crianças e adolescentes atendidos nos CAPSi no DF, dizendo dela, expressando-a e a conformando, por mais que esta não possa ser simplesmente reduzida aos casos (singulares) analisados.

Por fim, a reflexão se calcou na dialética singular- particular- universal, entendendo que o particular da sociabilidade brasileira está inserido em processos universais do MPC e que impacta na singularidade dos indivíduos, tendo assim uma coexistência, onde “o particular expressa a universalidade e condiciona o modo ser da singularidade” (Pasqualini & Martins, 2015). A partir disso, as histórias de vida, por mais que singulares e individuais, expressam a forma como nos relacionamos e nos produzimos em uma totalidade social, atravessada pelas particularidades do público infantojuvenil, e que, em movimento dialético, concretizam a universalidade humana (Pasqualini & Martins, 2015). Ora, se saúde mental é compreendida como a síntese de como os indivíduos se produzem, isto é, se fazem sujeitos - ao mesmo tempo que, dialeticamente, são assujeitados -, é necessário conhecer como tais vidas se produzem, como se forjam historicamente para que, desta forma, consigamos compreender como elas se manifestam em termos de saúde mental.

Essas histórias de vida, compostas pelos itinerários terapêuticos ao longo de suas trajetórias, não podem ser reduzidas apenas à interpretação da pesquisadora. Portanto, suas narrativas constituem o eixo central da análise desta dissertação, transcendendo, inclusive, o processo da busca por cuidado em saúde mental. À vista disso, tomamos as histórias de vida como singulares, mas que expressam as particularidades do público infantojuvenil assistido nos CAPSi do DF. Considerando o histórico hegemônico de silenciamento de crianças e adolescentes, sobretudo no campo da saúde mental, durante a análise de dados foi fundamental o espaço de vocalização dessas vozes - e também de seus familiares que são, igualmente, negados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DA PESQUISA EMPÍRICA

Na sequência, apresentamos os resultados da pesquisa, o que envolve: a) uma breve exposição da ausência de dados dos CAPSi sobre seus próprios usuários. e b) as histórias de vida e itinerários terapêuticos dos quatro sujeitos acompanhados e de suas famílias, por meio de narrativas que são (re)contadas aqui da maneira mais fidedigna possível com a vivência e o discurso dos entrevistados. Destaca-se que, por motivos éticos, as categorias de análise não comparecem nas narrativas, sendo aprofundadas posteriormente na discussão do trabalho. Com isso, procuramos dar mais voz e centralidade à apropriação que os sujeitos fazem de si, de suas histórias de vida e, nelas, de seus itinerários terapêuticos. Após essa seção, realizamos uma análise detalhada de eixos categorizados.

Dito isso, os resultados serão apresentados e discutidos da seguinte forma: 1) *Desvelando os dados e suas ausências*, com uma análise breve de questionamentos que atravessaram o fluxo de levantamento do perfil; e 2) *Os casos acompanhados*, com as narrativas das histórias de vida dos casos entrevistados.

4.1 Desvelando os Dados e Suas Ausências

A pretensão do levantamento do perfil predominante dos usuários de cada CAPSi buscou dialogar com o objetivo de acompanhar alguns casos que representassem a realidade dos quatro CAPSi do DF, se aproximando dos territórios e da lógica assistencial de cada serviço. Contudo, essa intenção foi limitada pela ausência de dados e disparidade do método de levantamento entre os serviços. Reconhecemos que os obstáculos encontrados também configuram resultados, pois

evidenciam parte das diferenças dos dispositivos e nas práticas clínicas adotadas por cada CAPSi. No entanto, como o objetivo deste estudo não foi analisar institucionalmente essas práticas, optamos por explorar questionamentos que acompanharam esse processo de levantamento. Entre eles, destacam-se: O que se perde com a ausência dos dados? Porque os serviços com maior demora nas tratativas possuem bancos de dados mais completos? Isso se relaciona com a assistência prestada ou a falta dela? E porque os serviços acompanhados não apresentaram os dados burocráticos? O que essas lacunas revelam sobre as dinâmicas institucionais e de assistência?

Trabalharemos no campo de suposições, entendendo que o esvaziamento de informações também é fonte de dados e resultados e que deve ser aprofundado com, no e para os serviços. Ademais, tais perguntas, por mais que consideradas por nós e atravessando nossos achados, não configuraram nosso escopo analítico, de modo que nos aproximamos por meios de hipóteses e suposições delas, em termos de possibilidades de respostas. Mesmo que isso possa ser considerado lacunar por alguns, assertiva com a qual concordamos, avaliamos que a manutenção delas e de toda esta seção no presente trabalho é mais positiva do que negativa, enriquecendo nossa análise totalizante, de modo que as histórias de vida e itinerários terapêuticos abordados não estão separados destas ausências quanto aos serviços.

Iniciaremos o assunto trazendo a importância de levantar quais os sujeitos são atendidos nos CAPSi do DF, tratando-se de dispositivos de caráter territorial. Ou seja, tratam-se de serviços destinados a uma comunidade e a um território específico. Portanto, conhecer esse local subsidia práticas intersetoriais e estratégicas para o cuidado em liberdade. O conhecimento do local não se limita ao conhecimento de serviços que compõem a rede intersetorial, aproxima-se das

histórias dos sujeitos e do território, das relações construídas nesse local e como as pessoas se relacionam socialmente - materialmente e simbolicamente.

Como apontamos no capítulo anterior, em uma busca na literatura acadêmica, foi perceptível a ausência de trabalhos que foquem a importância de coletar informações sobre as condições de vida e existência dos sujeitos atendidos nos CAPS. Os trabalhos encontrados relacionam a emergência do preenchimento do quesito raça/cor, que apesar de ser obrigatório o preenchimento em serviços de saúde pela Portaria 334, de 1º de fevereiro de 2017, não tem sido uma prioridade nos CAPSi do DF - conforme sua ausência pontuada acima. Segundo Estrela et al. (2021), a ausência de tal preenchimento denuncia a falta de compreensão e a desigualdade étnico-racial nos serviços de saúde. Se estamos partindo da compreensão de uma saúde mental enquanto expressão das condições de vida dos sujeitos, que se constroem em uma sociedade pautada no capitalismo dependente, também falamos de como o sofrimento se expressa e suas relações a partir do contexto histórico e social.

Nos parece óbvio que a saúde mental de populações historicamente violentadas e oprimidas, se expressará na busca por serviços específicos à saúde mental, como o CAPS. Entretanto, a ausência de informações em serviços de caráter comunitário-territorial, indica práticas ensurdecadoras e descontextualizadas da realidade, favorecendo uma lógica privatista e generalista do sofrimento humano. Conforme o Relatório Final da Primeira Conferência Nacional Livre de Saúde Quilombola (2023), os equipamentos de saúde operam sob uma ordenação que desconsidera as múltiplas identidades de cultura e de ancestralidade, especialmente da população negra. Essa abordagem, reforça modelos de cuidado padronizados e negligencia as especificidades da saúde da população, limitando a eficácia e a equidade no atendimento (Conaq, 2023).

Nessa linha, as informações levantadas dos usuários atendidos, nos CAPSi que apresentam esse levantamento, mostram exatamente o que pontuamos acima: a predominância de pessoas historicamente violentadas na sociedade brasileira. Nos dois casos, o perfil predominante eram de adolescentes pardos (ou seja, negros). Esse dado é essencial para compreender como os fatores históricos e sociais comparecem nos serviços. Indiscutivelmente, não basta só levantar, é preciso implementar práticas que reconheçam o enfrentamento às desigualdades nos serviços de saúde mental.

Ultrapassando o preenchimento do quesito raça/cor nos dispositivos de saúde, determinações e mediações que versam sobre nossas estruturas e suas particularidades, como gênero, idade, renda familiar, estrutura familiar e local de moradia, também não são levantados nos serviços. Pensando na regionalização do Distrito Federal, o conhecimento desses dados, poderia subsidiar a implementação de políticas públicas territoriais e dialógicas no cuidado de populações específicas. Dessa forma, considerar as transversalidades do processo saúde doença é utilizar de práticas que garantam o protagonismo dos sujeitos atendidos, não individualizando e coisificando nas práticas de cuidado. Rompe-se assim com o que historicamente é aplicado nas intervenções de saúde mental e que, portanto, funcionam também enquanto reprodutoras de violências. Ou conforme, o relatório do MPDFT (2023), conhecer as necessidades territoriais e por tanto dos serviços, impulsiona o compromisso das políticas sociais para além do bom funcionamento, buscando *“induzir, fomentar e produzir condições de transformação das estruturas sociais e econômicas do país”* (MPDFT, 2023, p.3)

Não seremos injustos ao não apontar a realidade de trabalho dos serviços da RAPS, tomados pela precarização e sucateamento, especificamente a RAPS do DF. Segundo o MPDFT (2023), os serviços do DF são atravessados por diversos fatores que o colocam em prejuízo

assistencial, entre eles: a não habilitação de cinco serviços, impactando diretamente no orçamento destinado; as divisões das áreas de abrangência dos serviços englobando mais de uma RA; equipes reduzidas; impossibilidades de se estar no território físico (falta de transporte e distância); falta de estrutura, inclusive dos sistemas tecnológicos e físicos, dentre várias outras limitações.

Nota-se que a situação precária dos serviços da RAPS impacta diretamente no que se oferta nos serviços que a compõem, com estes se organizando dentro das limitações e das condições postas por um *modus operandi* de negligência histórica do GDF. Entretanto, nos chamou a atenção que os dispositivos os quais acompanhamos os casos, não eram os dispositivos que possuíam um levantamento sistemático dos usuários. Nos questionamos se existia uma discrepância dos investimentos em dispositivos clínicos dos CAPSi, relacionado ao fato de que cada serviço se organiza e opera o cuidado de uma forma. Sendo assim, estaria o CAPSi Cerrado e o CAPSi Ipê priorizando atividades burocráticas em detrimento do atendimento direto à população? Por outro lado, o CAPSi Candango e o CAPSi Mangureira estariam conferindo maior relevância ao serviço assistencial, reduzindo a ênfase nas demandas administrativas?

Essas indagações, nos levam a pensar sobre o que o pesquisador e médico sanitário, Emerson Merhy (2005), discorre sobre as tecnologias do trabalho em saúde. Para o autor, três tecnologias comparecem nos serviços assistenciais de cuidado: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras enquanto instrumentos e máquinas, como equipamentos, fichas de acolhimento, preenchimentos de planilha, quantificação de atendimentos, exames diagnósticos, entre outros. As tecnologias leve-duras referem-se ao uso do saber técnico, os saberes dos “especialistas”, o saber clínico específico de sua formação. A tecnologia leve é aquela que se

configura no trabalho vivo em ato, que se realiza no encontro com o outro, aquilo que não se conhece anteriormente e que não se controla o uso (Merhy, 2005).

Para o autor, as tecnologias se relacionam, sendo impossível admitir a existência de uma, sem a outra, no processo de cuidado em saúde. Entretanto, o modo como se posicionam varia de acordo com o serviço e o trabalhador, podendo ser mais predominante uma tecnologia em detrimento de outra (Merhy, 2005). Articulando com as questões acima trabalhadas, o que nos parece é que, o cuidar singular de cada dispositivo CAPSi do DF, está relacionado com o uso das tecnologias em saúde.

É evidente que no campo da saúde mental e na atenção psicossocial, as práticas baseadas nas “tecnologias leves” deveriam sobressair, principalmente por serem serviços que trabalham com o protagonismo dos sujeitos no processo de cuidado. Entretanto, a quantificação de procedimentos tecnológicos leves, pode ser um problema para gestão de saúde, que conforme Sodre e Roncon (2023):

Disso, emerge uma realidade na qual, quando não situada em serviços de média e alta complexidade, parece haver uma compreensão de baixa produtividade em relação ao processo de trabalho e, em resposta, os trabalhadores vivenciam estratégias de controle para aumento de tal produtividade a partir da mensuração de procedimentos operacionais padronizados, protocolos, fluxos, linhas de cuidado com a solicitação de planilhas ou relatórios em que constam os procedimentos realizados. (Sodre & Roncon, 2023, p. 2)

São diversos os fatores que podem influenciar tanto o trabalho desenvolvido quanto às práticas adotadas pelos serviços. No entanto, é fundamental que os serviços reavaliem suas abordagens, analisando as lacunas e presença de determinadas práticas. Esse processo de reflexão e análise deve ser conduzido pelos trabalhadores, que vivenciam a realidade do trabalho

cotidianamente. Deve-se levar em consideração o que os números expressam e para além disso, como auxiliam em práticas de cuidado, pautadas na liberdade e no território, tomando as particularidades e singularidades das populações atendidas. Precisamos nos ater aos problemas reais dos territórios reais.

4.2 Os Casos Acompanhados

Foram analisadas as histórias de vida e, nelas, os itinerários terapêuticos de uma criança e três adolescentes e seus respectivos familiares, sendo dois deles em processo de cuidado no CAPSi Candango e dois no CAPSi Mangureira. Assim, os participantes da pesquisa foram membros de famílias constituídas essencialmente por uma criança ou adolescente entre três e dezoito anos incompletos e seus familiares.

Destaca-se que a coleta de dados foi atravessada por contratempos da realidade dos usuários, algumas se estendendo mais que as outras e, particularmente no caso da criança acompanhada, foi feita somente uma conversa com todos os membros da família, pois o mesmo foi internado nos dias seguintes. A quantidade e detalhamento das entrevistas foi descrita na metodologia da pesquisa. No entanto, considerando os objetivos, bem como o caráter da presente pesquisa, tais diferenças, por mais que não possam ser desconsideradas, não se apresentaram como inviabilizadoras do que aqui se propõe, que é a apreensão das histórias de vida e itinerários terapêuticos em saúde mental de tais crianças e adolescentes.

Por fim, para facilitar a apresentação e a análise dos achados, optamos por separá-los em dois momentos (e capítulos), de modo a também sermos fiéis às próprias narrativas dos sujeitos os quais abordamos. Sendo assim, a seguir apresentamos os relatos sobre as histórias de vida e processos assistenciais, a partir do que pudemos ouvir e registrar, e, no capítulo posterior, nos

ocupamos da discussão de tais achados, a partir do referencial teórico explicitado no início da dissertação (Capítulo 1) e do diálogo com a literatura da área. Em alguns momentos, o leitor pode até se incomodar com um possível excesso de citações, mas optamos por mantê-las, sem se esquivar da devida responsabilidade analítica, como preceito ético; isto é, como forma de dar vazão a vozes tão silenciadas em nossa sociedade - e, inclusive, na/pela academia.

4.2.1 “*A índia brava*”

Cê vê que tudo isso daqui, é do meu povo, né? Aí então não tem como não sentir pertencente, porque antes de todo mundo tá aqui, eu tava aqui bem antes, meu povo tava aqui bem antes. O povo que foi trazido foi trazido, mas eu tava aqui antes. Então assim, eu pertenço aqui, eu vim daqui, mas, tipo, eu não me sinto mais bem no meu local que eu vim, porque, tipo, eu vejo todo mundo como estranho, porque as pessoas ficam, ‘Ah, mas Pedro Álvares negociado lá. Ai, mas aí ele descobriu o Brasil, ah...’ Não descobriu não filha. (Yara)

A história que será contada a partir de agora, carrega os codinomes escolhidos pela própria adolescente, sendo: Yara a protagonista dessa história; Jurema, sua irmã/mãe de consideração; Cravo, um de seus irmãos; Rosa, a cunhada; Satanás, o irmão mais velho; Iemanjá, sua mãe; e Killua, seu ex padrasto. A adolescente não justificou as escolhas, apesar de mencionar que fazia sentido, sem o desejo de aprofundar o porquê.

A história narrada foi coletada a partir de duas entrevistas realizadas com Yara e Jurema juntas (a pedido da protagonista), uma entrevista com Jurema e uma com Iemanjá. Todas as entrevistas foram realizadas entre o mês de junho e julho de 2024, conforme o detalhamento no capítulo da metodologia. Além disso, utilizaremos os dados oriundos de observação participante

em abril de 2024 e do prontuário do CAPSi que a assistia, excluindo informações que Yara e Jurema pediram para não compor a atual escrita, que se tratavam de violências que a mesma passou em contexto intra familiar e em relacionamentos anteriores.

Yara, na época da entrevista, tinha 14 anos de idade, é da etnia Guajajara, nascida no Maranhão e moradora da reserva indígena do Noroeste, Distrito Federal.⁶ Em seu território residem todos os familiares mencionados acima, entretanto Jurema, por não ser indígena, não fica todos os dias no local.

Até os cinco anos de idade, Yara morou no Rio de Janeiro, em um período de luta pela demarcação da aldeia, de onde se lembra de violências contra seu povo, retratando “*polícia, aldeia maracanã, gás, briga... e é isso*”. Até se mudar para Brasília, tem como uma lembrança boa a convivência com Killua, seu ex-padrasto, que não tinha mais contato durante a pesquisa.

Ele declarava muitas coisas para mim, cara, tipo ele, ele me tratava como filha mesmo eu não sendo filha dele. Uma coisa bem difícil de hoje em dia, porque meus padrastos nenhum me trata como filha. Só, ele foi tipo, o único e o primeiro, então, eu tenho muito afeto por ele vei. (Yara)

Os irmãos de Yara tem dupla etnia, por conta do genitor de ambos ser Fulni-ô e a genitora ser Guajajara. Entretanto, Yara é filha de duas pessoas Guajajaras, porém, não tinha contato com o genitor e destacou que não estava tendo uma boa relação com sua genitora e seus irmãos mais velhos. Aos seis anos de idade se aproximou de Jurema, uma figura de cuidado e afeto para a jovem, que era muito amiga de Satanás e por questões pessoais se aproximou da aldeia.

A Jurema é como uma irmã mais velha, sabe? tipo aquela irmã mais velha que cuida de você, que entende você, que quer sempre o seu bem? É ela, tipo, quando você ta mal, ela

⁶ Existem poucas informações da especificidade da população indígena nesse território, entretanto o que se acompanha, frequentemente, são as violências destinadas a esse povo, principalmente pelo Noroeste se caracterizar como uma área nobre e com investimento habitacional avassalador.

vai conversar com você, ela vai te escutar, e ela sempre vai tipo entender você mesmo que você esteja errado, mas ela vai dizer que você tá errado, e ela tipo tem um acolhimento muito forte, cara. (Yara)

Yara afirma que desde muito nova se sentia só, e sentia que precisava de um “refúgio”. A genitora relatou que a filha sempre foi de se isolar e que não gostava quando recebiam visitas. Segundo relato das cuidadoras (Jurema e Iemanjá), foi perceptível que Yara estava sofrendo após perceberem os cortes (autolesão) em fevereiro de 2024 e mudanças na aparência:

Quando ela começou a se cortar mesmo. Porque antes eu vi esse isolamento, mas eu também não me envolvia com isso. Tipo assim, eu percebi que a Yara ela começou a se isolar ali na puberdade, né, que a gente chama. Ela ficou muito isolada. Só que ela também tinha um ritual que ela tinha que passar da... é... da... da... etnia dela, que é um ritual que a menina quando ela menstrua, ela não pode estar em contato com outras pessoas, né. E ela precisa passar por um ritual. Então eu vi que assim, ela, enquanto ela não fizesse o ritual dela, ela meio que tinha que se isolar, tipo era uma coisa também da cultura que ela tinha que se isolar até fazer o ritual. Mas como demorou um pouco, assim, eu acho, e ela não se isolou completamente, né, e ela ia pra escola, essas coisas, aí eu achava que esse isolamento era só por causa do... do ritual. Mas, por exemplo, ela não precisava se isolar se tivesse só eu e a mãe dela, porque a gente é mulher, entendeu? E ela não... ela tinha que se isolar mais quando tivesse um homem. E aí, no caso, ela tava se isolando de todo mundo. E aí eu não sabia muito bem entender, né? Mas hoje eu identifico com aquilo dali, é, quando ela conta, vejo que ela já tava adoecendo, sabe? E aí é isso, a gente percebeu quando ela se cortou mesmo. Que ela... que aí a gente viu que ela tava... tava... tinha alguma coisa errada acontecendo. E ela, na época, ela começou a

se cortar, ela fazia uma... umas pinturas de madrugada no rosto, ela não dormia, aí ela se pintava dizendo que era uma pintura gótica. (Jurema)

Segundo Yara, a mesma começou a se isolar, ainda mais, aos 13 anos de idade, demonstrando que algo já não ia bem internamente, associando uma “piora” com o momento anterior ao ritual chamado Festa do Moqueado⁷. Neste momento, em 2023, Yara já estava se autolesionando.

E tem um espírito que se... quando você começa a menstruar, você tem que avisar para sua mãe. E eu não avisava porque eu não tinha contato com ela, então eu comecei a ficar muito conturbada com isso. E botei na minha própria cabeça que o espírito tava atrás de mim. E foi tipo, isso entrou muito na minha cabeça, muito na minha cabeça mesmo. Aí foi quando a minha mãe descobriu. (risos) Descobriu, de algum jeito. (Yara)

Jurema, em outro momento, reflete sobre o impacto do não lugar de Yara desde o momento em que ela entrou no ambiente escolar e que estava sendo reforçado pelas redes sociais.

Mas os jovens estão adoecendo, os jovens indígenas estão adoecendo tanto por essa questão do urbano. Eu também vejo essa questão do choque de cultura, né? Eu vejo também muito isso na Yara, porque é um, é um choque assim, é.. Muito grande, porque ela acaba sofrendo preconceito desde pequenininha, né? O histórico da Yara é de preconceito desde quando ela pisou para uma escola, né? Eee... É, eu acho que isso aí adocece muito, porque você a todo momento você está ali sofrendo um bombardeio para

⁷ Rito de passagem tradicional do povo indígena Guajajara, nomeado também como “Rito da Menarca”, que celebra a transição da infância para fase adulta. Esse rito está conectado às tradições culturais e espirituais dessa etnia. No caso de Yara, foi isolada com outras meninas, após a primeira menstruação. Ao se encerrar o isolamento, é realizada uma celebração comunitária.

você não ser. Pra você entrar num padrão, né? Que você é. E acho que também redes sociais. (Jurema)

Em fevereiro de 2024, após mudança de escola e de comportamento, Iemanjá percebeu os cortes e então procurou ajuda com uma colega psicóloga, que a encaminhou para UBS. Nesse momento, uma psiquiatra do CAPSi e, também professora, estava em visita à UBS e fez o encaminhamento para a adolescente frequentar o CAPSi. Ao ser acolhida no CAPSi, Jurema relata uma situação de despreparo étnico racial com Yara, destacando que:

Tem uma galera que não está muito preparado para algumas coisas... Sabe, principalmente por uma questão racial, né? Foi o que a gente teve um pouco ali... Ah, de chegar na recepção, a menina está passando mal e a mulher ainda perguntar para ela assim, ‘você é Índia?’ Tipo, eu... Cara, a menina, ela está surtando aqui, tu tá perguntando. Que, que importa, cara? Só atende ela, sabe. (Jurema)

Quando questionada sobre situações preconceituosas que vivenciou por ser indígena, Yara relatou desde distanciamento de colegas até o rótulo de agressiva, bem como situações vivenciadas por toda sua família.

Sempre ficam perguntando ‘ai, índio anda pelado?; ai, isso é tatuagem?’ Ai teve uma vez que uma mulher chegou em mim e perguntou, que eu estava suja, que eu estava pintada. Ela, ela chegou em mim e perguntou ‘por que cê tá suja?’ Aí eu fiquei tipo, sem reação, cara, eu não sabia o que responder. Só estava eu sozinha na rua. E, tipo, ela chegou, me perguntou, Ah, por que cê tá tão suja? Cara, eu fiquei tipo, sem reação, eu só fiquei tipo, é uma pintura indígena, e só foi isso. Aí eu fui embora. (Yara)

Essas violências sofridas impactaram diretamente a saúde mental de Yara, que acrescenta se sentir cansada pela negação ao direito do seu próprio território, isto é, de sua residência, de si

mesma, e pela necessidade constante de lutar por esta casa-território, sendo que é um direito. “A minha casa é uma pauta política. Eu fico aí, gente, chega de política. Desde a minha infância teve esse negócio de briga de território. Aí porque é isso, aí porque aquilo fica ali. Chega. Que saco também.” Esse cansaço é compartilhado também pela família de Yara, que ocupam espaços de liderança.

O ambiente escolar para Yara sempre foi difícil, principalmente por ser atribuída a ela a culpa em discussões com colegas ou por discordar de algum professor, associando o seu reagir à agressividade. “E começaram a me rotular como a Índia brava”. Yara ficou sem frequentar a escola entre 2023 e 2024 e, ao retornar a uma nova escola, precisou de um relatório médico que garantisse a sua vaga, o que gerou nitidamente uma diferença no tratamento ofertado a ela e aos outros colegas, como se ela fosse a garota que sempre está passando mal ou sofrendo. “Cara, acho que todo mundo da minha escola. Que me trata com uma certa indiferença veí. E trata como tipo a... a indígena, depressiva, tipo que tem depressão. Porque eu entrei lá com o laudo, né?”.

Em relação ao cuidado no CAPSi, Yara relatou que não sabia que existia um espaço destinado a infância e adolescência e gostou quando viu que não era um lugar cheio de adultos. Passou o primeiro mês indo todos os dias ao serviço, reduzindo posteriormente a frequência para duas vezes na semana, participando dos coletivos desenvolvidos no serviço. No momento da entrevista, Yara não estava mais se identificando com o processo de cuidado, denunciando a realidade de um mesmo tratamento para todas as pessoas assistidas, negando, portanto, suas singularidades (e necessidades singulares).

Ainda no período da entrevista, Yara relatou que evitava estar nos coletivos do CAPSi, duas vezes por semana, e que fazia uso dos seguintes medicamentos psiquiátricos: Fluoxetina e Quetiapina, se queixando também da não efetividade dos remédios. “Jurema, a medicação deixa,

fala que é para mim não ficar ansiosa, aí eu fico ansiosa. A outra medicação, aí é para dormir, aí eu não consigo dormir. Que diabo é que isso tá me ajudando mulher? ”

Além disso, o preço pago pelos remédios e para o deslocamento ao CAPSi têm sido muito custosos para a genitora, pois na rede pública o remédio estaria constantemente em falta e o serviço era relativamente longe de onde moravam.

Eu, não é fácil, porque a gente gasta muito tanto com os remédio. Porque você vai no posto, não tem. Já, a gente já procurou o postinho umas 3 vezes, né, com a receita dela, não tem. Nunca tem o remédio, então a gente tem que comprar, né? Aí tem que comprar. Ela não consegue ir de ônibus daqui lá pro, pra rodoviária, pra ir caminhando pro CAPSi. Ela não, não consegue não, porque é muita gente dentro do ônibus e ela já começa a surtar. E eu não, não, uma coisa que eu falei para psiquiatra que ainda não não mudou muito nela. Ela ficou um pouco agressiva, e essa coisa assim. (Iemanjá)

Entretanto, apesar de o cuidado no CAPSi não fazer tanto sentido para Yara, as entrevistadas relatam que o serviço a ajudou muito no início do processo assistencial. A atenção aos familiares também foi constantemente reforçada pela genitora como necessária. Durante a entrevista realizada com Jurema, a mesma destacou o processo de sucateamento do CAPSi e a sobrecarga profissional, que implica diretamente no cuidado oferecido. Além disso, mostrou-se indignada de o serviço não ter capacitação para os povos indígenas em todas as suas atuações, bem como com a estrutura física insuficiente, com o CAPSi tendo que dividir o prédio com outro serviço.

No CAPSi, é também acho que foi bom. Mas o CAPSi eu fico meio assim porque eu acho que eles são muito sobrecarregados. Eu vejo assim... O CAPS, ele parece ser muito assim... Porque você chega lá, tem muita gente para ser atendida. Aí que nem a Yara já ta

estressada. Ela já fica estressada. Aí.. É... Aí você tem que ficar quase tipo, se a gente quer um atendimento individual, tem que ficar quase duas horas esperando. Se ela, se ela tiver um surto. A Yara ta em surto... Aí eu chego no caso e falo: 'Ela não tá bem. Ela teve um surto, ela precisa de atendimento.' Eu fico lá 1 hora e meia, duas horas esperando com ela. Eu fico, 'gente, até esse surto aqui passar...' (Jurema)

Iemanjá acrescentou que é necessário que o CAPSi vá até o território indígena, pensando em uma aproximação com as discussões de saúde mental dos povos. Essa necessidade de maiores discussões sobre saúde mental dos povos indígenas também foi reforçada por Yara e Jurema, se aproximando dessa realidade que historicamente foi patologizada pelo campo psi e que gerou afastamento, conforme Jurema destaca:

Que os povos indígenas, eles sempre. Que nem, a Yara quando ela era criança, ela sempre viu espírito. Ela via espírito e falava de tudo quanto é jeito pra mim. Mas isso não afetava em nada assim. Tipo, ela brincava, ela ria, ela vinha atrás, ela tipo.. era a vida dela, entendeu? Mas depois que ela ficou adolescente aqui, tipo assim, os espíritos mandaram ela se matar, entendeu? Então, tipo isso que foi uma diferença assim. E aí que eu vejo, é que também, eu acho que mais assim no passado, mas eu acho que até hoje, não. Com certeza até hoje acontece...Essa coisa assim dos povos indígenas, falar dos espíritos, falar dos espíritos da natureza, da mata, de tudo... É uma coisa que...Muitas vezes a psicologia deu patologias, né, pra isso. E aí eu vejo que também existe esse receio, né? É..Do dos, indige, la da comunidade sabe? De tipo, estar indo na psicologia é..É, como é que se diz, vão te deixar doido lá, entendeu? Tipo, tem outros, é outros pensamentos em relação a isso. E aí eu vejo que é a Iemanjá procurar ajuda, né? É. Mas porque ela também é uma mulher indígena que tem contato com uma amiga psicóloga, uma amiga

que é é assistente social, o filho que está na universidade, então ela tem uma rede de amizades assim, de de pessoas próximas que acreditam na ciência, sabe? E, é não só a ciência também indígena, né? Que ela fez amigo, todos os amigos também são assim, mas também na.. Na ciência, que é acadêmica. Então eu vejo que ela também teve mais abertura, enquanto mulher indígena, né? Por essas relações, porque os povos indígenas mesmo, eles não procuram, porque... Muitas vezes eles foram colocados para esse lado, né? E antigamente, né, era o que os manicômios, essas coisas. Então, é, é uma, uma barreira muito difícil ainda, porque o maior, uma das maiores taxas de suicídio são dos povos indígenas, né? Hoje em dia.” (Jurema)

Iemanjá, Yara e Jurema narram, portanto, uma história de violência(s) que impactou e impacta diretamente toda a família de Yara. Em extensão, a singularidade da violência com Yara e sua família, é uma expressão singular da violência contra a produção de vida dos povos indígenas em nosso país, sendo mais uma faceta ou forma do genocídio que nos é constitutivo como país.

4.2.2 “O futuro bandido da cidade”

O conselho que o conselheiro deu para mim: ‘Tira porque pelo jeito que eu estou vendo, uma hora vocês vão pegar ele morto’... Porque estava tendo muita repetição de crise e era a contenção. Teve um dia que a gente chegou lá, que a gente pegou 7 pessoas em cima dele

(Genitora do Kurama).

A história aqui tratada é de Kurama, nome escolhido pelo grupo de pesquisa após a criança relatar afeição pelo anime Naruto. O personagem principal dessa animação é um garoto,

cuja trajetória começa a ser contada quando ele tem 12 ou 13 anos. Ele cresceu sem a presença dos cuidadores, mas carrega dentro de si uma raposa de nove caudas, chamada Kurama. Essa raposa é tratada como uma “besta” ou um “demônio”, o que faz Naruto ter dificuldades em construir amizades e ser aceito no ambiente escolar, mesmo sem saber o que carregava dentro de si. A história de vida que será narrada nos próximos parágrafos se identifica, em alguma medida, com a trajetória de Naruto e sua relação com Kurama.

Os dados narrados foram coletados das entrevistas realizadas com Kurama, seu pai e sua mãe, bem como oriundas de observação participante e do prontuário da criança. Kurama, em 24 de junho de 2024 (data da entrevista), estava com 11 anos de idade e era morador da região administrativa São Sebastião⁸ do Distrito Federal. Ele foi acolhido no CAPSi Candango no dia 3 de junho de 2022 e já estava em acompanhamento no referido serviço há quase dois anos.

Kurama é o filho mais velho de uma família composta pelo seu pai, mãe, irmã de aproximadamente seis anos e um irmão com menos de um ano. A história de vida de Kurama foi atravessada por processos médicos desde o nascimento, quando passou 17 dias internado na UTI do Hospital Regional do Paranoá por apresentar hipoglicemia e diarreia aguda. Nessa situação, descobriram que ele tinha alergia a leite e a soja e, após receber alta, foi encaminhado para o Hospital da Criança (HCB) para dar continuidade ao tratamento. Neste hospital, Kurama foi passando de um especialista para outro, porque além da intolerância a esses alimentos, ele desenvolveu alergia na pele e um processo asmático. Segundo dados do prontuário, ele começou a linguagem oral com um ano de idade e com um ano e meio começou a apresentar restrição alimentar e evitava andar descalço.

⁸ Segundo a Codeplan (2022b), São Sebastião é composta por aproximadamente 120.000 habitantes que em grande parte são famílias de baixa renda (Codeplan, 2021). Essa região administrativa, vivenciou uma urbanização desenfreada, resultando na precariedade de infraestrutura e moradia.

No momento da entrevista, Kurama continuava sendo acompanhado no HCB por diversos profissionais, pois “uma coisa foi puxando a outra”. Com 5 anos de idade, a partir de uma observação da professora de Kurama, que disse que ele ficava “parado no tempo”, os pais decidiram investigar a possibilidade de o filho ter autismo. A mãe relata que não tinha percebido em casa, reforçando que Kurama sempre foi uma criança que gostava de brincar do jeito dele, bem espontâneo. Em seguida, aos 7 anos de idade, Kurama foi diagnosticado com autismo pelo médico psiquiatra do HCB e também com psicose infantil, pois o menino dizia ver e conversar com anjos.

Kurama foi encaminhado ao CAPSi devido às violências que sofreu na escola em 2022, reveladas em uma conversa com a médica que atendia a mãe. Neste momento, ele contou com detalhes tudo o que sofria na escola, e a médica decidiu encaminhá-lo para o CAPSi, assegurando que naquele serviço ele seria bem recebido. Os pais de Kurama haviam ouvido falar do CAPSi como um lugar de internação: “Tipo assim, lá é um lugar que interna e se internou, você não vai conseguir tirar a criança de lá”. Então, levaram o filho para o serviço com medo do que aconteceria com ele. Durante a entrevista, relatam que encontraram outra coisa e se sentiam muito bem acolhidos no CAPSi Candango.

Na sua ficha de acolhimento (junho/2022), constam relatos de pesadelos constantes, agressividade, isolamento e alucinações a respeito de um homem com chifres. Acerca do que foi registrado da condição de saúde mental de Kurama, os documentos diziam que o menino tinha pesadelos de tortura, era inquieto, ouvia vozes de comando que o ordenavam a matar, misturava desenhos com a realidade (principalmente o desenho Naruto), tinha delírios de grandeza, alucinações auditivas e visuais de conteúdo místico-fantástico (um homem com chifre “demônio”, conforme descrição do prontuário). Além disso, consta que ele dizia existir dois

Kurama, “um bom e um mau”. Observou-se em registro de prontuário, que quando a família comparecia aos coletivos, os cuidadores se queixavam de comportamento agressivo e desobediente da criança. Em contrapartida, a presença do mesmo nos dispositivos clínicos era percebida de outra forma pelos profissionais, que o descreviam como tranquilo e com boa interação com as crianças e adultos presentes.

A trajetória escolar da criança, que se iniciou com o diagnóstico de autismo, perpassou diversas violências em várias escolas. No quarto ano do Ensino Fundamental, quando Kurama tinha nove anos, ele era violentado na sua escola. O seu monitor o machucava e o ameaçava, falando que se ele contasse para alguém as coisas se tornariam piores pra ele. A partir disso, Kurama começou a ficar agressivo em casa. A mãe diz que:

ele era um menino tranquilo, nunca tinha dado nenhum tipo de crise, nenhum assim. Ele só tinha o choro dele espontâneo. De vez em quando dava umas crises de choro, mas só choro, nada de ser uma criança agressiva e de ficar do jeito que ele ficou (Genitora de Kurama).

Sobre as crises, os pais contaram que o filho ficava “transtornado, literalmente agressivo”, sendo muito difícil de o conterem. O pai diz que Kurama tem muita dificuldade em aceitar o “não”, fica “transtornado” com negativas. Na suas crises, Kurama fica com a voz alterada, os olhos ficam revirados para cima e começa a gritar, um grito de choro entalado. Os pais dizem que parece que ele “quer chorar e está engolindo”. A intervenção dos pais é por meio do abraço e destacam que as crises foram desencadeadas pela violência na escola, pois antes das agressões, o filho somente tinha crises de choro de vez em quando. Durante o tempo em que Kurama era agredido na escola, o pai o encorajava a se defender, dizendo que ele não podia “só

apanhar”. Ao longo da entrevista, o genitor se questiona se o filho não tomou a reação violenta para se defender de tudo.

A mãe relatou que as crises começaram com uma professora, que ameaçou o menino na tentativa de forçá-lo a fazer o que ela estava mandando. Nessa situação, Kurama ficou agressivo e a escola o conteve violentamente. A mãe foi buscá-lo e ele estava todo machucado. A professora contou que o menino a agrediu com golpes, relatando como se o conflito tivesse sido com um adulto e não com uma criança. No entanto, segundo a mãe, a aparência da professora não era coerente com a situação violenta descrita, pois seu vestido branco estava limpo e não existiam sinais de que ela tivesse sido agredida. A partir disso, a mãe pediu para que a professora fizesse um B.O., para que ela registrasse outro em seguida.

Na sequência, a diretora falou que a mãe estava criando o futuro bandido da cidade e que Kurama estava tomado por demônios e que somente “macumba” poderia resolver:

E aí a diretora virou e falou pra mim que Kurama era o futuro bandido da cidade, né, que a gente mora, porque ele era uma criança psicopata, que a gente não dava educação pra ele.”, “[...] saí da reunião, tipo assim, totalmente sem chão, na época eu fiquei bem ruim mesmo da cabeça assim, ficar pensando, nossa, eles pensar isso dele, agir dessa forma com ele. (Genitora de Kurama)

Nessa época, a mãe pediu uma troca de monitora na escola, pois a que estava com Kurama o deixava sozinho. Então, foram designados outra monitora e um monitor. Pouco tempo depois, retiraram a monitora e ficou apenas o monitor. Esse monitor era o que agredia Kurama e falava: “Se você contar para o seu pai, amanhã vai ser pior.” (Genitor de Kurama)

A partir das violências, Kurama começou a ficar muito agressivo em casa, pois “o que acontecia com ele lá, ele fazia em casa.” Um dia, ele mostrou aos seus pais o machucado que o

monitor havia deixado nele, e assim contou o que estava sofrendo na escola. O pai disse para o filho avisar ao monitor que ele conta tudo aos pais. A situação piorou. Levaram Kurama para um lugar atrás do banheiro da escola e o machucaram com um cabo de vassoura, deixando um hematoma em suas costas.

A diretora da escola estava ciente do que acontecia e achava que o culpado era o menino. As crises se tornaram mais frequentes, acontecendo uma atrás da outra. Quando os pais de Kurama iam buscá-lo na escola, o pai ficava no estacionamento e a mãe entrava na escola. Ao avistar sua mãe, Kurama se organizava e a mãe ouvia diversos comentários depreciativos: “Essa mãe, nossa, chata, insuportável. Olha só, vai criar um futuro bandido, porque dá muita corda pra esse menino”; “Essa mãe é insuportável, chata, e o menino é mimado, porque ele vê a mãe, ele levanta”.

Depois do episódio da agressão com o cabo de vassoura, a diretora da escola denunciou os pais para o Conselho Tutelar, alegando que eles não davam medicação e não cuidavam do filho. O conselheiro se reuniu com os pais, e eles mostraram todas as documentações que comprovam o cuidado com o filho. O conselheiro tutelar aconselhou os pais a tirarem Kurama da escola: “Tira porque pelo jeito que eu estou vendo, uma hora vocês vão pegar ele morto”, pois as contenções violentas eram recorrentes.

Em um episódio posterior, os pais chegaram na escola e havia sete pessoas em cima de Kurama tentando contê-lo. Após as agressões, além das crises, Kurama “desaprendeu” o que havia aprendido na escola. Segundo a mãe e o pai, o menino bloqueou todos seus aprendizados escolares porque desejava esquecer da escola.

Ele literalmente bloqueou tudo. Tudo que ele aprendeu nessa escola, ele bloqueou. Teve um dia que eu estava conversando com ele e falei: Kurama, por que? Você sabia,

lembra?. Fui mostrar os cadernos: Aqui, Kurama, os dever! Por que que agora?, e ele: Mãe, tudo que eu aprendi lá eu tenho que esquecer. Eu quero esquecer aquela escola. Aquela escola está enterrada para mim. Eu tenho que esquecer tudo de lá. (Genitora de Kurama)

Cansados de lutarem pelo direito do filho à educação e devido à gravidez de risco que a mãe vivenciava, os pais o tiraram da escola e Kurama foi morar com a avó em outra cidade. O menino permaneceu na casa da avó somente por um mês, pois não se habituou. A mãe relatou que o filho não sabia lidar com a saudade, se isolando e tendo mais crises.

Segundo os pais, quando Kurama voltou da cidade da avó, foi muito difícil encontrar outra escola para ele. Em duas que diziam ter vagas, quando os pais entregaram os documentos com os laudos do filho, elas imediatamente não aceitavam mais a matrícula. Os pais estavam frustrados e angustiados com as tentativas: “Poxa, vida. Vai ser assim para o resto da vida?”, “Aí quando a gente entregava, eles falam: Não, não tem vaga para ensino especial”.

Nessa época, o conselheiro tutelar ajudou os pais a encontrarem uma escola nova, onde fizeram a matrícula sem entregar o laudo. Somente após a matrícula, entregaram os documentos e a escola ligou dizendo que não havia vaga para Kurama, e questionaram os pais de não terem entregado o laudo antes. Dessa forma, o Conselho Tutelar teve que entrar com uma ordem judicial para que a escola aceitasse o menino.

Na nova escola, ainda no quarto ano, Kurama também foi violentado. Ele foi colocado em uma turma que diziam ser reduzida, mas não era (só tinha três alunos a menos que uma sala comum). A diretora sempre reclamava do menino, relatava que ele fazia muito barulho, e a monitora de Kurama nessa escola não prestava atenção nele, chamava-o de “fresco” e deixava que outras crianças mexessem com ele, incomodando com atos verbais e físicos.

Nessa escola, todos os dias chamavam os pais para uma reunião. O pai de Kurama relatou que assumiu mais a presença na escola, pois a mãe estava grávida, e ele era firme com o que a escola reclamava sobre seu filho: “Não, a obrigação é sua. Se não tem um profissional capacitado, arrume, porque é um direito dele”. Porém, mesmo assim, a escola continuava a deixar o menino “a Deus dar”. Houve um episódio em que Kurama machucou outro aluno que o perturbava, dando uma gravata que derrubou a criança. O pai de Kurama ensinou *muay thai* para ele. Contudo, diz que nunca o ensinou a dar uma gravata, e parou de ensiná-lo quando percebeu que o filho utilizava na escola o que aprendia com ele. Kurama queria muito aprender a lutar, mas os pais não deixam porque acreditam que o filho não tem autocontrole. Relatam que ele usaria como defesa no dia a dia: “[...] ele não pode usar isso no dia a dia dele, que é só pra defesa. Mas pra ele, isso é defesa.” :

Durante esse período escolar, a mãe ficou internada por conta de complicações em sua gravidez, vindo a perder o “*neném*”. Nesse período, é relatado que as crises de Kurama se intensificaram, fazendo com que o menino não quisesse mais ir à escola, com receio de que sua mãe fosse internada novamente. É mencionado também que neste mesmo ano havia um monitor que interagiu, brincava e conduzia Kurama. O pai chega a mencionar que Kurama não dava crise com esse monitor, e que ele “era um ótimo profissional”. Entretanto, na ausência desse e depois com a troca do monitor, a escola continuava se queixando de “crises” do Kurama: “Aí essa escola começou todo dia era uma reunião, todo dia chamava a gente para uma reunião. Ele não podia espirrar que ligava pra gente ‘vem buscar!’”

“Tava ficando num jeito assim que queria se livrar dele de qualquer jeito. Teve um dia que a gente achou até que tinha medicado ele na escola.” Nesta segunda escola, que por um momento parecia ser mais tranquila, principalmente com um dos monitores, os pais relatam a

suspeita de terem dado ao filho uma medicação, pois o mesmo chegou em casa dopado, conforme a genitora descreve:

Bobão, sabe? Falando mole. A gente quase não entendia ele. E ele falava: alguém, uma tia me deu um negócio amarelo pra beber. Quem? A diretora me deu um negócio amarelo pra beber. A gente ficou muito preocupado. A gente quase leva ele pro Pronto Socorro. Que ele tava falando mole. E aí, foi e dormiu, deitou. Como assim? Coisa que não era pra ele falar. Então a gente desconfia que realmente deram alguma coisa pra ele beber lá. Lá eu fui questionar e eles disseram que era suco de maracujá, mas suco de maracujá não derruba esse daí nunca na vida. (Genitora de Kurama)

Kurama mudou de escola novamente. Nessa terceira e última escola de Kurama, os pais relataram uma série de violências, novamente. A mãe disse que, em uma segunda-feira, na mesma semana em que ele teve a sua mão machucada, a escola se queixou de que Kurama estava muito agitado e pediu para que os responsáveis o buscassem. Isso gerou um questionamento por parte dos pais, já que o menino entrou às 7h30min e a escola ligou às 8h para que o buscassem. O pai, então, foi buscá-lo e se deparou com a seguinte cena:

ele nem tava embaixo da escada, tava jogando bola normalmente com os amigos”. No dia seguinte, Kurama chega cabisbaixo da escola, dizendo que ‘ninguém hoje deu assunto pra mim... a tia não falou comigo, a tia disse que tá chateada comigo porque era pra mim ter falado pro meu pai que eu tava em crise’. (Genitor de Kurama)

Além dessa violência, os pais relataram que o monitor da época da entrevista (essa última escola citada), não é brasileiro, e que, portanto, Kurama apresentava dificuldade de se relacionar e dialogar com o mesmo. Ficava sozinho, enquanto o monitor mexia no celular.

Um dos monitores anteriores de Kurama, da primeira escola e que o violentava, passou a trabalhar na escola que a criança estava durante a entrevista. Uma professora insistiu em colocar Kurama de frente com o seu agressor, de modo que “eles tinha que resolver o problema deles”. No momento em que a escola foi questionada pelos pais a respeito deste monitor/agressor, o diretor alegou que não iria tirá-lo, já que “o monitor precisa do trabalho dele”. As crises de Kurama, então, se intensificaram, principalmente por ter que ver o seu agressor em sua escola e conviver com ele.

Para se proteger, Kurama ficava embaixo da escada, num lugar seguro e confortável para ele. Em uma tentativa de ficar mais tranquilo, na quarta-feira que antecedeu nossa entrevista com ele, Kurama foi para debaixo da escada e, nesse momento, o vice-diretor tentou tirá-lo e o chamou de “folgado”. Kurama bateu no vice-diretor após os insultos recebidos. O vice-diretor, o *adulto* em tese, puxou Kurama pelo braço com violência até a sala de direção e disse, de acordo com os pais, que Kurama ficaria internado para sempre no manicômio, que ele era louco.

O corpo de bombeiros foi acionado. Kurama disse que saiu para fora, pois “não tava enxergando nada, que só queria achar alguma coisa pra tacar nele”, no vice-diretor. Ao sair, um profissional da limpeza tentou conter Kurama, que caiu por cima de seu braço. Kurama trincou o dedo, luxou o punho e o ombro ficou inflamado, escapando pouco de não ter uma luxação em seu ombro.

Os pais não foram chamados durante o ocorrido. O pai ao chegar para buscar o filho no horário costumeiro de saída, encontrou Kurama com um bombeiro. A criança não o reconheceu. Um dos profissionais do corpo de bombeiros conversou com o menino e o levou novamente para debaixo da escada, onde Kurama se acalmou. No mesmo dia, a escola acionou a mãe numa tentativa de fazer uma reunião. A mãe negou.

Ao longo de toda violência sofrida por Kurama, estendida também aos seus familiares, a escola questionou reiteradamente se o menino recebia tratamento. Melhor dizendo, se Kurama estava sendo medicado. Neste ponto, é dito que Kurama é “agitado”, logo, necessita de ser medicado. A mãe se vê numa situação de ter que provar com laudos e receitas médicas o cuidado com seu filho; de que não é uma mãe ausente ou negligente. Ela e o pai ressaltam já terem orientado a escola de como proceder e evitar as crises de Kurama, não o violentando e provocando. Durante a entrevista, os cuidadores mencionaram que todo o conteúdo que levavam para a escola era distorcido pela instituição, que repassava inverdades para as reuniões intersectoriais com o CAPSi ou Conselho Tutelar. Ficaram indignados que a escola negou ter sido informada sobre o monitor agressor e destacam que falaram em três reuniões sobre a situação. Além disso, a família disse que tudo o que faziam comunicavam o CAPSi e que, portanto, essa instituição sabia a verdade.

Quando Kurama foi acolhido no CAPSi, em junho de 2022, quando estava na primeira escola citada, trocaram e fizeram ajustes em algumas medicações de Kurama, no intuito de “cuidar” das crises que vinha apresentando. Entretanto, a mãe relatou que cada vez que ele tem uma crise agressiva, aumentam a sua medicação. O menino faz uso de diversos medicamentos psiquiátricos e em seu prontuário contém o uso das seguintes medicações: ácido valpróico, haloperidol, clozapina, levomepromazina, prometazina, sertralina e risperidona (Sem informações de quantidade e rotina de uso).

Após mais uma leitura do prontuário, percebeu-se outras medicações utilizadas: Alprazolam; Buscopan e Quetiapina. O uso desses medicamentos causou prejuízo na fala de Kurama, bem como incontinência urinária e sialorréia, uma produção e secreção abundante de saliva. Tais efeitos das medicações, não são aprofundados nos prontuários, contendo apenas um

registro acerca da sialorréia, que os profissionais registraram essa *baba* como um efeito colateral dos remédios e também consideraram que ela, junto dos olhos revirados, pode indicar uma hipótese de crise convulsiva.

Atualmente, a família de Kurama vive em uma casa cedida pelo seu avô paterno. Os pais possuem condição socioeconômica precária. O grosso da renda vem de trabalhos informais do genitor em estamparia de camisetas e por diárias de vigilante. A genitora é monitora escolar, porém, está sem receber seu salário por um tempo, sem aprofundar o motivo e desde quando. De acordo com alguns registros do CAPSi que, se referem a atendimentos de uma assistente social com os genitores, a família “*não passa fome, mas há privação de alimentos*” (dado coletado em prontuário). A família não está inscrita no Cadastro Único e, portanto, impossibilitada de receber alguns benefícios, inclusive o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que Kurama tem direito pelo diagnóstico recebido (Autismo e Psicose infantil). O restante da família de Kurama não comparece enquanto rede de apoio a ele e seus pais, principalmente por não o aceitarem.

Destaca-se a não continuidade dos encontros para as entrevistas, devido à “internação psiquiátrica” de Kurama no HCB, informado pela genitora do mesmo. Essa internação é motivada após o último episódio narrado, momento em que as intervenções de representantes da escola chegam a quebrar seus membros em uma “crise”. Nos registros do CAPSi sobre a internação, localizamos que o mesmo apresentava sinais de síndrome do pânico. Em agosto de 2024, foi feita a leitura do prontuário novamente e entrado em contato com os cuidadores, que afirmaram estar aguardando uma nova vaga, em uma nova escola para Kurama.

4.2.3 “Preconceito não é crime, não?”

É muito preconceito e... E esse povo primitivo que não quer deixar o jovem ser jovem, quer deixar o jovem.. Ser primitivo e amadurecer rápido. Eu fui obrigado a amadurecer

rápido co 10 anos de idade. (Ekko)

Neste momento, será descrita a história do Ekko, nome escolhido pelo grupo de pesquisa, pois o adolescente demonstra interesse no jogo *League of Legends* (LoL). Ekko é o personagem central desenvolvido no filme sobre o jogo e trata-se de um garoto que cresce em uma cidade violenta e que, a partir de uma invenção, manipula o tempo e preza por sua liberdade. A genitora do Ekko, será nomeada como M., abreviação de mãe.

Os dados narrados foram coletados de uma única entrevista realizada via Google Meet, pela dificuldade de os participantes se encontrarem presencialmente. Essa entrevista foi realizada com Ekko e sua mãe, que dividiram as respostas e o tempo que ficavam com o celular. Foi realizado outro encontro presencial com Ekko, no CAPSi Mangueira, porém o mesmo estava muito angustiado e solicitando que fosse embora, o que foi permitido sem questionamentos. Diante da dificuldade de marcar outras conversas, manteremos a história a partir da entrevista, dos dados do prontuário e do diário de campo.

Ekko é um adolescente com 17 anos de idade, se autodeclara branco (no prontuário está como pardo) e que sempre morou em Sobradinho⁹. No momento da entrevista estava no terceiro ano do Ensino Médio e residia com a genitora e cinco cachorros. O genitor faleceu no início do ano de 2024.

Ekko foi acolhido no CAPSi Mangueira em junho de 2014, frequentando o serviço há 10 anos. Em sua ficha de acolhimento, consta como demanda principal: “agressividade, comportamento de risco e heteroagressividade”. Segundo a genitora, Ekko foi acolhido no CAPSi após encaminhamento do COMPP, relatando somente o que levou o filho a fazer o

⁹ Sobradinho é uma região administrativa que, até 2021, se caracterizava com aproximadamente 74.000 habitantes (Codeplan, 2022a). Existem espaços urbanos robustos e a vulnerabilidade se expressa em áreas periféricas.

acompanhamento no ambulatório, sem precisar qual era a idade dele nesse período e quanto tempo ficou nesse serviço.

Foi o seguinte, ele acordava muita noite de madrugada, agitada, gritando, chorando alto, aí os vizinhos pegaram e falaram, falaram lá na delegacia. Como se a gente tivesse maltratando ele, né? Aí a gente, aí oooo... Aí conseguiram pra ele no COMPP, consulta, aí ele ficou tratando lá, começou a tomar o Risperidona. Aí ele melhorou, graças a Deus.. Desse anos pra cá ele não acordou mais. Começou a tratar como Risperidona, né? Aí começou a dormir melhor (M.)

Além do uso do medicamento, aos seis anos de idade, Ekko foi diagnosticado com autismo. “Só foi descoberto que eu tinha autismo nível um quando eu tinha seis anos, eu já suspeitava desde antes”. A suspeita pessoal, apesar de ter menos de seis anos de idade, era atravessada pelo preconceito que vivenciava no seu dia a dia: “E o preconceito era grande nessa escola”.

Após o nascimento, Ekko foi acompanhado pela Clínica da Família em uma UBS de referência da região em que vivia, pois nasceu com “neofimatoze”¹⁰, “É umas manchinhas no corpo. Que tem gente que dá, que dependendo do local onde aparece a mancha dá até câncer, esses coisa.” Segundo M., o acompanhamento no “postinho” ainda é realizado por ela e pelo filho, que apesar de terem mudado o local de residência, continua sendo atendida em outra UBS. Antes de ser assistido pelos serviços especializados em saúde mental infanto-juvenil (COMPP e CAPSi), Ekko frequentou outros serviços de saúde (não especificou), tendo muitas críticas relacionadas às “filas” e ao mau atendimento. “Eu dependi a vida sempre de SUS”, “Porque tu fica... Fica horas na fila e sempre atendido mal.” M. justifica o acompanhamento em na UBS,

¹⁰ Não conseguimos localizar o termo citado pela genitora, entretanto associamos a possibilidade de ser a “neurofibromatose”, uma condição genética que gera o crescimento de tumores ao longo dos nervos.

pelo fato de ser diagnosticada com esquizofrenia e faz renovação de receita nesse local, “Aí eu faço tratamento. No momento eu tô no... Na clínica da família, porque eu tô esperando vaga na psiquiatria, até quando eu tive internada esses dias, eu e Kurama, não sei se a senhora andou sabendo”.

Por volta de maio e junho de 2024, Ekko e a genitora foram internados juntos no Hospital de Base, ficando 32 dias em contexto hospitalar, sendo a segunda experiência da genitora nesse espaço. Segundo M., a internação de Ekko foi em decorrência do uso de drogas:

Entorpecente. Aí ele chego da escola e veio para casa e chegou a pedir para ele jogar futebol. Aí eu deixei ele jogar futebol. Só que lá deram outra coisa para ele também, outra coisa para ele. Aí eu chego em casa, não sabe, eu peguei e dei a medicação para ele de dormir. Aí ele ficou super agitado, queria me bater. Eu saí correndo para fora, aí chamaram o SAMU, aí levaram ele pra... Pra UPA, aí ficou um pouco agitado e aí fizeram até, conteram ele. Deram medicação. Aí nesse percurso ele ficou uma semana indo e vindo. Recebi alta. Aí da última vez ele tava mais agitado ainda. Aí pegaram e falaram, não, ele tem que ser internado, porque se não ficar indo e vindo da UPA, né? Aí nós.. Aí a noite antes de da gente ir para a UPA. Não, a gente já tava na UPA uma noite antes da gente ir pro hospital de base. eu tava sem minha medicação. Minha medicação da esquizofrenia que ela era muito cara. Meu esposo faleceu, eu estava sem conseguir pegar na, na farmácia de alto custo, né? Aí eu surtei lá na, na UPA. Surtei lá na UPA, como eu tava sem a medicação. Aí quando foi no dia seguinte, é o gerente da UPA conseguiu a internação pro Ekko na hospital de base. Aí eu tive uma crise de ansiedade também. Aí quando eu fui com ele, chegou lá eu tava passando, tava em crise, aí pegaram e me internaram também, aí ficou eu e ele, 32 dias lá internado. (M.)

Segundo Ekko, a motivação da internação da genitora tem influência com discursos religiosos, o que considera ser muito ruim. Em relação à religião, Ekko é muito crítico e observador, percebendo que a genitora estava dando muito dinheiro para a igreja e acreditando no que diziam.

Eu... usei entorpecentes. Então, eu fui parar no.. eu tinha uma psicóloga. Eu fui atacar minha mãe três vezes. Minha mãe acred, parou de tomar o remédio e acreditou nessas porcarias de religião, de desses pastorzinho, como chama? De facebook. Acreditando.. Coisa que só gente burra e alienada acredita. (Ekko)

Ekko acrescentou:

E acreditando, eu falei, Mano, se ele fosse de verdade. Se ele fosse bom de verdade, ele não pedia dinheiro para tu. Povo é muito ignorante. Fica creditando e não tem o mínimo de raciocínio, minha mãe acredito nesses cara aí, é? Ela fico.. Fico vendo muito tipo, acreditando. Barulho de madrugada de rato, barulho de madrugada dos cachorros, é tudo coisa maligna e acreditando nisso. E ela.. Ela Foi parar no hospital por causa disso. (Ekko)

Durante a internação, cada um dormia em uma ala (divididas por gênero), mas ficavam juntos o restante do dia, inclusive tendo alta no mesmo dia. M. foi encaminhada para iniciar o cuidado no CAPS Planaltina, mas por estar muito longe de onde residia, não conseguiu ir.

Segundo o CAPSi, as crises que motivaram a internação de Ekko estão relacionadas com a perda do seu genitor. De acordo com o relato da equipe do CAPSi, o genitor estava internado no Hospital Regional de Sobradinho e tinha acabado de passar por uma cirurgia de amputação da perna, em decorrência de diabetes, quando se preocupou com a situação familiar na sua ausência e evadiu do hospital. Ainda no estacionamento e recém operado, o mesmo caiu e faleceu. Todos

os profissionais destacaram que o familiar era o suporte financeiro e emocional de M. e Ekko, e que sua morte impactou ainda mais a condição de vida dos mesmos.

Ekko, ao abordar o falecimento do genitor, relata que o falecimento se deve ao pacto que fez com as trevas, em específico “Mefistófeles”: “E é um, é um, é um dos demonio que dá conhecimento. Mas tem.. tem.. Tira alguém que ama ou alguém que que.. Ou tua alma. Eu não queria vender minha alma e pedi pra tirar alguém que eu amo.” Após a morte do seu pai, sente que foi pago pelo conhecimento e reforça: “Eu amava meu pai”. Atualmente, Ekko está se identificando com o Satanismo, após um amigo convidá-lo para conhecer.

Durante o dia a dia, Ekko prefere ficar em casa ou “vou pa rua, jogando bola e só isso. E fico no computador.”. Tal fato está associado às violências sofridas, devido à sua condição de saúde mental, já que Ekko disse sofrer preconceito em diversos espaços, como no restaurante comunitário, no ônibus e na igreja.

Porque minha vida é um inferno, todo lugar que eu vou, festival de pipa, aqueles marginalzinho mandrake, fica falando assim, ai eles me chamam de anormal e eu, eu to nem aí eu, eu falo assim, ele fala assim, ai, mas racismo é crime, eu falo assim, mas agora preconceito é, é preconceito não é crime não? Eu falo assim co eles, assim. (Ekko)

Ekko relata que sofre bastante desde que era muito novo. Inclusive, durante um período, expressou este sofrimento pela autolesão e com tentativas de tirar a própria vida.

A primeira vez que eu tentei mi auto mutila foi cum... nove ano. Eu tentei, fiquei com tanta raiva do.. Tem até uma cicatriz no dedo.”, “E também eu com 14 ano, eu falei assim, eu foi a primeira vez que eu tive uma crise e eu fiquei assim, Mano, eu fiquei assim, vou me matar, eu.. vou passar um carro. E eu não morri. Eu fiquei com tanto ódio daqueles pessoal que me, que me tratava mal. Na igreja, por isso que odeio igreja, odeio

até Deus.”. “Eu fui mano. Vou me jogar na frente do carro, acabar com essa desgraça, tudo que... Eu, eu tentei. Eu almadiquei todo esse pessoal que fez mal pra mim, e eles tão sofrendo até hoje. (Ekko)

Nesse período que tentou tirar a própria vida, aos 14 anos de idade, ele fez uso de cigarro, maconha, cocaína e crack, e destacando que o uso estava voltado para alívio do sofrimento, “Como eu não sentia felicidade quando eu peguei depressão, falei assim, Mano, eu vou usar, eu vou usar essa porcaria aqui só pra pra ver meu aliviar o sofrimento.”

Para conseguir o crack, Ekko era vítima de violência sexual do vizinho. “Crack na verdade, eu tinha que prostituir com um... com usuário” e que ainda “está morando aqui perto, mas ele não tá usando mais essas coisas. Ele tomou a vacina de crack, se eu não me engano”. O adolescente não aprofundou o assunto, em outro momento afirma que o mesmo que o violentou é seu colega e que, no momento da entrevista, sentia vontade de usar cigarro raramente. Ekko questiona o uso do cigarro eletrônico por pessoas com menos de 21 anos de idade, “porque o corpo não está desenvolvido” e compara ao uso de tela. Atualmente faz uso do cigarro e dos remédios psiquiátricos “Depakene, Clonazepam, Olanzapina”, que pegam na farmácia de alto custo.

Durante a entrevista, Ekko e M. se sentiam bem acolhidos e cuidados no CAPSi Mangueira. Esse sentimento de pertencimento é experienciado por Ekko na presença de alguns poucos amigos, pois, em outros espaços e com outras pessoas, relata sofrer muito preconceito. Além disso, *“o pessoal acha que eu sou obrigada a acreditar em Deus.”*, então, estava se afastando dessas pessoas. O que conseguimos entender durante seu discurso é que eram pessoas da comunidade, vizinhos, frequentadores do futebol e instituições religiosas próximas a sua residência.

Antes de conhecer o CAPSi, Ekko tinha escutado sobre o serviço de forma estigmatizante:

Os estereótipos, tipo falando que era um... um lugar pá, tava falando que era um esteriótipo tipo bem preconceituoso, bem permitiu que era um lugar pá, que é um lugar pa dependente químico, que tinha na minha rua um dependente químico, povo só para pensar que tinha esse. E também é pá.. o também, para a gente, tipo, é.. é problema mental. (Ekko)

Hoje em dia, ele define o CAPSi como “o centro para ajudar (inaudível), que estão, passando por situações ruim ou às vezes não ser maltratado pela família, mas o pessoal não sabe. É um lugar muito importante para esse tipo de jovem.” e destaca que precisam investir mais *em* tabuleiro de jogos, bem como “arranjar mais atividades, investir em fisioterapeuta.”

Durante a entrevista, a família se encontrava com dificuldade financeira e aguardando a pensão após a morte do genitor de Ekko. Eles estavam recebendo benefício de um CRAS como forma de subsistência, mas não conseguiram recordar o nome. Segundo Ekko, seria algo momentâneo, “Por enquanto, quando sair a pensão do meu pai, nós não vamos mais precisar mais de CRAS”. M. destacou que teriam que mudar de casa, pois o dono do imóvel solicitou que saíssem, sem maiores explicações dos motivos.

Destacamos que o prontuário de Ekko continha muitos registros confusos e desordenados, com páginas caindo. Quase como um livro com mais de mil páginas, afinal, são 10 anos frequentando o CAPSi. Diante disso, não conseguimos localizar registros que consideramos importantes, como a relação da família com outras instituições intersetoriais. A família extensa não comparece nos discursos de M. e Ekko, e o seu dia a dia tem sido ir para escola, jogar lol, ficar em casa e raramente ir ao CAPSi e jogar futebol.

4.2.4 *“É muito mais sobre sobrevivência”*

Porque não é fácil mulher, você tá viva, tá viva no mundo. E ainda mais tê a audácia de ter um sonho de você ter uma vida. Não é fácil, não é fácil... (Matilda)

O último caso narrado, mas não menos importante, será do Steve, nome escolhido pelo grupo de pesquisa devido ao interesse do adolescente no jogo Minecraft. Esse personagem é conhecido como o “padrão” para participar do jogo, com a aparência mais “simples” e sem os detalhes compráveis no Minecraft. Steve representa um aventureiro que constrói e explora um mundo construído pelo jogador. Outra personagem central da história que será narrada, carregará o nome Matilda e trata-se da genitora de Steve. O nome escolhido pelo grupo de pesquisa é referente a história do livro “Matilda” de Roald Dahl, que narra a vida de uma criança constantemente violentada pelos cuidadores e pela diretora da escola, mas que encontra em uma pessoa a confiança para vencer as constantes injustiças.

A partir da observação participante no CAPSi, de dados do prontuário e de quatro entrevistas (duas com a genitora e com o adolescente, uma somente com Steve e outra só com Matilda), tentaremos contar a história de uma família que revive violências transgeracionais e cotidianas. Steve, na época da entrevista, estava com 13 anos de idade, morador da região administrativa de Sobradinho, no Distrito Federal. Ele foi acolhido no CAPSi Mangueira no dia nove de março de 2023, porém seu irmão mais velho já era acompanhado em tal serviço (Não tivemos informação sobre o acompanhamento do irmão).

Matilda e os filhos residem na casa da sua genitora (e avó dos meninos). Porém, a mesma não é retratada como um importante vínculo afetivo. Portanto, colocaremos a letra G. ao se

referir a ela. Nos momentos em que os irmãos mais velhos de Steve forem abordados, será elucidado o parentesco, tratando-se de dois adolescentes/jovens entre 16 a 18 anos de idade (os entrevistados não souberam precisar).

A história da família que será contada, denuncia inúmeras realidades dos sujeitos que frequentam os serviços de Atenção Psicossocial e Saúde Mental. Vivem com baixa renda, condições precárias de alimentação, moradia e higiene pessoal. Matilda conta em alguns momentos que seus filhos foram frutos de violência sexual e que sua mãe a colocava nesse contexto e também colocou Steve, que foi durante 02 anos e 10 meses estuprado pelo genitor. Matilda e seus filhos buscaram ajuda em diversas instituições e espaços públicos, como igrejas evangélicas, Ministério Público, CAPSi, CRAS e outras que serão aprofundadas ao longo da narrativa. Nesses locais, eles foram estigmatizados quanto à condição atípica (dos meninos e da maternidade referente a eles). Nisso, relatam violências que têm sido realizadas desde o nascimento dos meninos.

Durante o período da entrevista, a família sobrevivia recebendo dois Benefícios de Prestação Continuada (BPC), um destinado a Matilda e outro para seu filho mais velho. Entretanto, era descontado um valor significativo desse benefício, por parte da genitora de Matilda - e avó dos meninos. Dessa forma, eles “sobrevivem” em um cômodo de uma kitnet e com somente uma alimentação por dia, fruto de doações e lanches que recebem do CAPSi, da vizinha e de uma igreja que limpam aos sábados. Acrescentaram o uso do cartão prato cheio, um programa social do GDF, que busca atender as necessidades de segurança alimentar por meio de um valor que pode ser destinado às compras de alimentos, ao invés de cesta básica. Essa alimentação, preferencialmente, é feita durante a noite, organizado por Matilda para que os filhos não fiquem sem alimentação antes do remédio, “Quando for o tempo do 2121, o que tiver pra

comer, come para tomar um remédio e aí vamo dormir.” Os dois filhos mais novos se alimentam também em ambiente escolar durante a semana, porém Matilda não consegue realizar outra refeição.

Temos uma família que, na maioria das vezes, é reduzida a diagnósticos: Matilda com “seis [diagnósticos] fechados. O (Filho mais velho) tem 8 fechado, o Steve tem 2, tão investigando o terceiro, o filho do meio tem três”. A partir disso, conseguimos coletar em entrevista alguns diagnósticos atribuídos para eles. Matilda, ao citar quais as nomeações recebeu, diz: “Uma menina autista, DI, que tem outras comorbidades e tem (inaudível) estágio 1. Essa sou eu”. E acrescenta: “tão querendo fechar o F29¹¹ pra mim por causa da G., eu não acho isso justo.” “Palavra feia. Pra mim é porque quando usam essa palavra contra a gente, usa fakenews, se torna uma ofensa, porque estão usando aquilo contra mim. Estão manipulando uma situação e me colocando como eu fiz aquilo, eu sou culpada aquilo, aquilo...” Nesse aspecto, entendemos que por conta desse diagnóstico, G. a coloca como “louca” e altera o sentido do que Matilda faz e fala.

Segundo a genitora de Steve, o adolescente possui os diagnósticos de “TEA [Transtorno do Espectro Autista] e o TOC e tão investigando o F29”. O filho do meio: “TEA, DI e outras comorbidades diferentes das minhas, e (inaudível) degenerativa estágio 2 e F29”. Em relação ao outro filho, não tivemos acesso a todas as nomeações de manuais psiquiátricos, porém entendemos que está em processo de investigação de DPAC e que Matilda entende como urgência, pois “Tem que fechar logo esse laudo do DPAC para poder pedir algum benefício para ele.” Em outro momento, a genitora de Steve acrescenta que tentou tirar a própria vida sete

¹¹ Caracterizado pela Classificação Internacional de Doenças (Cid-10) como transtorno psicótico não orgânico e não especificado.

vezes, antes de ter filho e seus filhos também: “O (filho do meio) só uma, o Steve só uma, o (Filho mais velho) só duas.”

Iremos iniciar esse relato com a história da genitora de Steve, figura potente e de extrema importância no cuidado do adolescente. Matilda nasceu em 1987, estando com 37 anos no momento da entrevista. Ela não se identificava com o nome dado em seu nascimento, desejando ter uma nova certidão de nascimento com seu nome social.

Ao longo de sua trajetória pessoal, Matilda sofreu diversas violências e violações de direitos, como: Violência sexual, Violência Física, Violência psicológica, Assédio intrafamiliar, Rompimento de vínculos com os filhos - sem justificativa, entre outros que serão abordados ao longo da história. Sem ter alguém para contar, confiou em serviços públicos como possibilidade de sobrevivência. “Minha irmã, minha vida toda nunca tive ninguém, nunca ninguém me escutou, nunca ninguém fez nada.” Conseguiu acesso aos direitos básicos com os diagnósticos fechados, sentindo que, a partir disso seu discurso, apesar de ainda ser questionado, passou a ser mais escutada:

Porque eu tenho, mãe narcisista, porque eu sofri muitas coisas muito ruins. As pessoas entendem agora, antes, antes, você fala, fala você, a culpa é sua. Ou então fala você é mentirosa, você é doida porque você tem seus laudo. E se você não tem seus laudo? Tu tá ferrada o minha bixinha. (Matilda)

Segundo Matilda, sua genitora “passou a vida toda tentando se livrar de mim. Só que teve tempos que ela foi obrigada a cuidar de mim. Cuidar... (faz sinal de aspas).” Nesse período, G. a entregou para diversas pessoas. Nisso, Matilda foi submetida a outras violências físicas e ao trabalho infantil, “sendo doada” para uma família em São Paulo para exercer os cuidados da

casa. Durante um período, ela passou por uma instituição de acolhimento, na qual percebeu que sofreu ainda mais rejeição.

Aí, lá no internato de vez em quando ia pessoas pra adotar né? Aí, eu era sempre a primeira opção, que eu tinha que ser se livrada de mim o mais rápido possível que eu era um problema, só que quando as pessoas via que eu tinha minhas dificuldades, que eu não era boa no colégio, e que eu era muito querê ficar trancada, não muito sociável, né? Eu não dormia, então não me queriam, né? (Matilda)

Matilda, ao longo da vida, perdeu o desejo para inúmeras atividades que sentia prazer, bem como alguns objetos materiais que tinha apreço, destacando: “Eu sei o que eu gostava antes de fazer, agora eu não tenho que gosta fazer.” O não gostar, para a mesma, se refere ao fato de não ter condições materiais próprias para existir:

Penso que se eu tivesse uma casa, eu ia gostar de arrumar minhas coisas e se eu tivesse um quarto ia ser bem felizinha. Mas agora eu não penso o que eu gosto porque eu não tenho as coisas. E não deixar a rotina ir errado e fazer as coisas. Antes eu tinha uma casa de boneca, tinha meus boneca, tinha meus brinquedos, eu tinha 2 tapete, mas eu vendi tudo. (Matilda)

A perda de sentido em viver, impactou em sete tentativas de tirar a própria vida.

Atualmente, Matilda mora na sala de uma kitnet, que ora se refere ser a sala da casa de G., ou do filho mais velho. Segundo os entrevistados, G. têm preferência pelo referido neto, sendo o único com um quarto. “Nois tamo arranjado na sala do (nome do filho)”. Para “aguentar sua rotina”, Matilda confia em um futuro melhor, em que possa ter os seus direitos básicos garantidos e relatava não ter uma boa rotina, porque tem que cuidar de mais três rotinas: a dos seus filhos.

Ter um lugar seu, sua cama, seu quarto, uma casa sua de verdade, coisas suas, uma mesa sua. Nada de coisas ruins, nem ela. E ter talvez grana (risos), é... é bom também. E ter nossa vida né? Mas eu vou me reclamar não porque eu num tô na rua com eles, eu tô arranjada aqui, então eu vou só continuar aguentando mermo. (Matilda)

Ao longo da busca por cuidado referente à própria saúde mental, ela foi continuamente desvalidada, violentada e ameaçada de ser internada como ocorreu com seu pai, trazendo uma noção crítica do atendimento que recebeu e recebe. Ela destacou que “precisava internar as pessoas ruins.”,

Porque se não fizessem as coisas erradas comigo, eu não ia ficar instável, e aí não ia acontecer coisas ruins, porque as coisas ruins que fizeram comigo, foi porque antes me deixaram instável. Eu tenho certeza que já sabiam da minha dificuldade e não botou pra fazer o acompanhamento de propósito. Sabia que eu pensava isso? Porque a G. queria se livrar de mim faz tempo, os caras queriam se livrar de mim. Agora ela não pode se livrar de mim, eu tô interditada, eu tô interditada, ela manda ni mim. (Matilda)

Relatando o quanto a sua saúde mental foi e é atravessada pelo que vivenciou e o que vivencia, Matilda questiona porque as pessoas que fizeram mal a ela não respondem por isso e critica os hospitais psiquiátricos, pois sempre é ameaçada estar aprisionada em tal instituição.

Por que que agora ela precisa eu interditada? Antes, quando eu fui estrupada, eu tive um menino e ninguém me interditava. Na hora de cuidar de menino sozinha, ninguém interditava. Por que que na hora de eu fazer tudo sozinha, ninguém me "imputa" ou no hospício? Né? Aí quando eu sei fazer as coisas sozinha, eu tô conseguindo, tô evoluindo, a mulher vem falar isso. Não acho justo, não. Pra me ajudar ninguém, né? Mas pra me fazer querer o mal, igual fez com o meu pai, aquela bichona queria, né? Por isso que eu

penso, ela não é muito normal, não. E é doutora. Agora pensa se existisse uma lei das pessoas [inaudível]. Mas também sabe que o hospício nem é bom não? Quem inventou o hospício foi nos tempos antigamente porque antigamente talvez não era bom não... não era não. Eu penso que não podia existir mais isso. (Matilda)

Durante um período, após 2011, Matilda foi afastada dos filhos e foi presa (sem informações específicas de tempo e motivo), sendo que Steve, o filho mais novo, ficou sob cuidados do genitor, que era quem de fato cometeu violência contra os filhos e que Matilda era constantemente questionada ao denunciá-lo. Nesse mesmo período, Steve já fazia acompanhamento no COMPP e Matilda foi interditada judicialmente pela sua genitora.

Só que aí, fô os tempos que a G. deu os menino pô genitor, e mintiu pra mim, fez eu perder a casa...eles se juntaru, fez todos os planos malignos eu num podia provar... Aí eu fui presa também, tentei me matar naquelas vezes também... Só que aí, a parte boa coisa, a G. foi obrigada a cuidar de mim. Me interditaram, eu tive os meus diagnósticos, diauguinósticos, medicação pa mim dormir, comecei a evolui em segredo de mim... Que eu fui esperta, eu não deixei ela vê eu voluindo, eu pensei nisso. (Matilda)

Em outra entrevista, apesar de falar pouco do genitor dos filhos, destacou que:

o genitor dos meninos ele é muito peconceito, ele é do mal... Ele é do mal, sabe? Aí eu falava, contava tudo, ninguém acreditava ni mim. Tudo era culpa minha, tudo eu errada, ms um dia a verdade descobriu que eu falo verdade, que eu não sou doida. Eu tive meus diagnósticos mas depois acompanhamento comecei a dormir de noite! Eu comecei a ficar estável, eu comecei entender as coisas, eu parei de comer a comida da G., e a minha teoria que ela me dopava, eu penso que é verdade porque se não, não tinha sentindo, não faz sentido, só que eu não posso provar. Só que aí, que quando eu, eu saí da cadeia...

depois de muitos tempos, quando eu saí da cadeia eu ganhei o direito de ver eles nos tempos dias, tempos dias. Aí o Steve, começando a pensar na cabeça dele e um dia ele me contô. (Outro filho) ouviu, falou pa mulhé da justiça e aí conseguiu que a polícia da criação e do adolescente lá no Plano Piloto, falou: ‘Não precisa levar eles de volta’, aí isso eu chamo ‘os meninos voltar pra casa’ porque foi tudo feito da lei, tudo da lei, então eles voltô pra casa, no...no tempo... no dezessete o setembro do... foi dezessete setembro do vinte dezoito (bate palmas), e no tempo da lei oficialmente, vinte dezanove (bate palmas) junto.” (Matilda)

Em outro momento, Matilda aborda que foi em um encontro, de cinco dias, com os filhos e que os mesmos relataram o que estava acontecendo:

Aí... quando foi pô genitor, ele...não... Não é que não entende mas é quando uma pessoa é do mal, não se importa. Aí fala: "Os meninos num são doido... Matilda é doida mas os menino num são doido... Num vai tomar remédio, não vai pro médico de doido e é taca, taca, taca, outras coisas ruins... Com o Steve pago aqueles dois fi do (en)tiado deles pa abusa dele, só que o Steve não me contava nada, eu num sabia, mas um dia ele me contô... Só coisa ruim, apanhava, (inaudível) colégio, num fazia dever, tinha que fazer as coisa lá de escravizamento, que eles num sabia fazê as coisas, não ensina fazê as coisas e eles tinha que fazê as coisas. Botava (filho do meio), Steve pa lava banheiro... Esse aí só apanhava de murro na cara... batia na mão do Steve. Era o... o... i, horrível igual era os tempos todo mundo junto. E no colégio, ninguém fazia nada... Tudo de errado era culpa da mãe, é culpa da mãe... (Inaudível) Mãe é mãe é mãe. Tudo eu não podia nem chega perto do menino, não podia fa, ouvi só a voz no telefone, não podia chegar perto da calçada do colégio, não podia vê eles, não podia fala com eles... Dois ano grande e dez

vezes pequenos, eu não escutava eles, não via eles. Mas um dia eu conseguia vê eles, que seu juiz deixou o dias e dias podia vê eles, e aí nois foi se falando, se vendo e aí o Steve me contô e aí quando deu tudo certo dentro da justiça, eles voltô pa casa. (Matilda)

Então, em 2018 os filhos voltam a ficar com Matilda, processo que foi oficializado em 2019 e descrito para a mãe de Steve como:

Quando os menino voltô pra casa, aí eu comecei do zero! Com tudinho! Nós começamos do zero pa construi uma vida nossa. Só que, foi muito difícil... Porque eu sozinha, eu sozinha... e quando eu tentava fazê as coisas, G. sempre me atrapalhava, G. fazia coisas erradas e eu nunca podia provar nada... Mas aí quando foi que eu consegui de novo a vaga pra eles, lá no CAPSi, foi bom! Aí o Steve ia pro CAPSi, pro CEPAV¹²... ia pro psicólogo... homem. Aí foi psicóloga mulhé, dona... dona (nome da profissional), a de óculos, num tem? (Matilda)

A violência sofrida por Matilda também foi vivenciada pelos filhos, porém, o fato não foi aprofundado ao longo das entrevistas para não revitimização dos participantes. Entretanto, ela recorda dos serviços que passou e de todos os profissionais, sendo o Núcleo de Atendimento à Família e ao Autor de Violência Doméstica - Espaço Acolhedor (NAFAD) da Defensoria Pública o primeiro local que garantiu sua escuta. Segundo ela, foi no grupo de mulheres que conseguiu dar os primeiros passos de um fortalecimento pessoal: “É um lugar muito bom, para as pessoas que não entende que está sofrendo violência doméstica.”

O CAPSi é tratado com muito carinho por Matilda, que se refere a ele como sua segunda casa, principalmente por ir três vezes na semana acompanhar seus filhos. A relação com o CAPSi foi melhorando no decorrer do processo assistencial, pelas mudanças internas, com o

¹² O Centro de Atendimento Especializado para Pessoas em Situação de Violência (CEPAV), é um serviço especializado no atendimento de vítimas e agressores no DF, compondo a rede de proteção social e de saúde.

serviço melhorando em aspectos fundamentais segundo ela: “Lanche, tem lugar pur menino pintar, tem mesinha, tem cadeirinha, tem lápis de cor. Quando nós conseguir dinheiro para comprar tintas, vai pintar o chão e fazer brincadeirinha.”

Matilda vê como uma importante oportunidade o espaço atual do CAPSi Mangueira e pensa que poderiam dividir o terreno com outros dois CAPS, sendo um para adultos e que as equipes pudessem compartilhar os casos. Entretanto, apesar de se sentir cuidada no espaço, reforça o desejo de ter seu próprio espaço:

Esse espaço aqui dá aproveitar muito bom, muita coisa boa. Ou se eu tivesse só aquela, aquela árvore com aquele elástico, já dava uma casa boa para mim, eu podia até morar aqui, mas não pode, porque é coisa do governo, não pode dar terreno para quem não, não... mesmo que tu quer vir, não pode, mas um dia vou ter uma casa também, né?

(Matilda)

O direito à moradia, negado diversas vezes para Matilda, também aparece na necessidade de Residência Terapêutica no Distrito Federal, que apesar de não ter sido nomeado como tal por ela, compareceu em sua fala quando descreveu um tipo de serviço que seria ideal:

Eu penso que podia respeitar as pessoas, botar no médico, um médico que entende do que é a dificuldade, o transtorno, ou qualquer outra coisa que for a pessoa, e diagnosticar certo e fazer o acompanhamento e tratamento e ter uma vida. Agora, quem não quer cuidar das pessoas assim, é que é o problema, sabe? Ou podia ter uma lei com a casa dos velhos, não tem? Uma casa das pessoas especiais. Mas o governo não pensa nisso, não.

(Matilda)

Para Matilda, ter uma casa é ter uma vida e, portanto, ter saúde mental.

A história de vida de Steve, que não está dissociada da história de Matilda, é também atravessada por violências. Steve é o filho mais novo de Matilda. Ela percebeu que o filho precisava de ajuda desde o seu nascimento, principalmente por suas experiências prévias com os dois filhos mais velhos. Durante a gravidez, ele teve hidrocefalia gestacional e, por conta disso, possui refluxo gastroesofágico. Porém, até o diagnóstico ter sido fechado, sem informações de quando e onde, Matilda foi tida como mentirosa. Após constatarem a condição de Steve, o mesmo foi encaminhado para o HCB, onde também fez tratamento de hidrocefalia.

Após o parto de Steve, Matilda denunciou as violências que o genitor cometia com ela e com os outros filhos, porém, foi novamente desvalidada e liberada para sair do hospital junto do genitor que, com mais violência psicológica, a levou para casar. Após alguns anos, Matilda conseguiu a separação.

Porque se eu não casasse com ele o Steve não ia fica bom! Eu era burra mermã! A dona (nome da funcionária) da maternidade, ela não tá mais lá, eu acho que é por causa disso que eu fiquei sabendo. Tirou eu da... autorizô tira eu maternidade pa ir casar, quando cabô o homi do juiz, tinha um monte de gente, pegô e me levô de volta pro hospital como se não conticido nada e quando eu fui fala ninguém creditou ni mim. Só que ele tinha o papel, de casamento, e a até mudou meu nome. (Matilda)

A chegada de Steve no CAPSi Mangueira foi via encaminhamento do Adolescentro, aos 10 anos de idade, após ser encaminhado anteriormente pelo COMPP, como ela narra:

Desde quando ele nasceu, só que quando ele fez oito tempos, oitos tempos de vida, é que o COMPP falou que ia passar exames e ia fazer acolhimento para ele, que iam ligar. Nunca ligou aí quando as coisas foi. Complicando, mais ou ou ou ou ou....Ai no tempo

10, a gente. Não teve jeito. Aí botou ele para ir para o Adolescentro. Só que a mulher adolescente ficou um dia e botou ele para cá. (Matilda)

Em outro momento da entrevista, Matilda afirma que ele fez acompanhamento no COMPP e que foi uma experiência positiva, bem como um de seus irmãos mais velhos. Com uma certa idade, foi encaminhado ao Adolescentro e também passou pelo CEPAV, por ter sido vítima das violências do genitor. Em seu prontuário consta uma tentativa de autoextermínio aos quatro anos de idade, algo que foi destacado por Matilda, porém, sem que ela se aprofundasse no assunto.

Ao chegar no CAPSi Mangueira com 10 anos de idade, a mãe refere que o filho mais novo se encontrava como o filho mais velho, uma gravidade que também refletia a configuração familiar. Matilda, entende que, no momento da entrevista, estava tudo mais tranquilo, pois conseguia cuidar dos filhos:

Ah, eu entendi que eu não era obrigada a viver daquele jeito que era o ser humano. Mas ser humano. Então, é eu e os meninos fizemos um acordo, nós nas nossas vidas para proteger o Steve.. E mesmo assim não foi muito certo. Ainda fizeram muitas coisas erradas com o Steve, mas nós não pudemos proteger ele. (Matilda)

Steve, no decorrer das entrevistas, preferiu não abordar as violências sofridas do seu genitor, porém, relembrou de situações desagradáveis em escolas anteriores. “Bomm. Nós outros eu me sentia mal, sabe, me sinto ruim, todos não gostam de mim, não me respeitam já, no (atual escola), é o oposto disso.” Além disso, acrescentou que tentou conversar com a escola sobre o que estava acontecendo quanto às violências, mas ninguém acreditava nele. “Ela ficava falando que eu era mentiroso algo do tipo.” Steve mudou de escola, após retornar o contato com a genitora, e apesar disso, destaca que ainda sofria bullying e preconceito, por conta de suas

condições de saúde mental, principalmente no seminário que fazia parte da igreja Morman que, no momento da entrevista, estava sem ir.

O adolescente não se lembrava tanto dos acompanhamentos anteriores ao CAPSi e quando começou a ir neste serviço. Tal “amnésia” engloba outros detalhes da sua vida, alegando ter memória curta e que só dura um dia ou uma semana. Ao ser questionado sobre os serviços que passou, os considerou como serviços estranhos ou que não o compreendiam. “No COMPP, eles me entendiam pouco, sabe?”. Entretanto, sinaliza que o CAPSi o ajudava a elaborar questões de sofrimento, ou então apagar: “Foi bom, né? Triturar as coisas ruins. Triturar usando ummmm. Hum. Bom, vocês já estão ouvindo, né? Passar a máquina para triturar as coisas ruins”

Além disso, ele destacou que gostaria de ter explodido as coisas ruins que aconteceram com ele na época que começou a frequentar o serviço. “Eu queria que ao invés de ser uma serra elétrica, tivesse sido uma bomba”. Em outro momento, disse que não estava bem antes de ir ao CAPSi e que confiou que o serviço o ajudaria, pois “estava em uma situação crítica”, se sentindo perseguido e “Ninguém confiar em mim, sabe? ninguém me entender e coisas desse tipo”. No momento das entrevistas, para Steve o CAPSi era “uma das melhores psicologias, uma das melhores coisas para ajudar e restaurar, a energia, a confiança das pessoas, que já foram maltratadas, sabe?” e que “Eu não sei bem, eu não lembro muito, mas sei que eles me ajudaram a esquecer as coisas ruins”. Ele entendia que o CAPSi era para “As pessoas boas e que sofreu muito sem. Que não tiveram justiça”

Com um canal de vídeos no youtube, Steve muda sua voz e constrói memes e playlists de músicas. Diz que gosta muito da tecnologia e de diversos jogos, porém, não sente privacidade em casa para gravar seus vídeos, talvez pelo fato de morar na sala de uma kitnet com os outros familiares.

Valeu, é isso, deixa o like e é isso, se quiser se inscrever pode se inscrever se foi não quiser não, pode não se inscrever que eu não estou nem aí eu só quero mostrar conteúdo, entender vocês, fazer as pessoas feliz. Me deixa um like. (Steve)

Para o adolescente a vida tem significado: “Superação. Apesar da vida ser cruel e difícil, até que é um tanto bonita.”

No período das entrevistas, a família estava sendo assistida por uma rede socioassistencial, com serviços das políticas da saúde, do SUAS, entre outras, o que Matilda configura como “sorte”. Segundo ela, rede é:

a justiça todos os órgãos que participam de reunião que tratam de assuntos daquela família específica.”, que na realidade deles participam: “Justiça, defensoria, promotoria, CAPSs, escolas, postos de saúde que não tamo indo mais reunião, não tão mandando ir representante, Hospital da Criança, o Afya iPMED já tá começando a mandar o representante(...) E... Conselho Tutelar, o CREAS espera pra tá mandando representante e não tá mandando e qualquer outra coisa que surgir, que nois tiver aqui, tipo... tipo, tipo, APAE , tem que, quando tiver reunião que vai tratar da nossa família eles tem que ir pra juntos pensar em como que faz alguma coisa. (Matilda)

Apesar de sentir-se acolhida por alguns espaços, Matilda se sente estigmatizada por sua maternidade; que esperam que ela viva uma realidade que não é a dela, como o ato de fazer comida sem ter a comida e se sentir obrigada a frequentar espaços para não decepcionar a rede. Ela não romantiza sua vida e sua maternidade e entende que é uma forma de sobrevivência que encontrou com os filhos.

E aprendi, quando eu entendi que eles não ia conseguir me ver se eu não fizesse alguma coisa, então eu aprendi nois sobreviver juntos. Então, não é a coisa de amor maternal, não

é a coisa de mãe e filho, é muito mais, é sobrevivência mesmo. Porque eu aprendi, porque eu fui muito... eu fiquei muito tempo internada e eu aprendi. (Matilda)

Sobreviver tem sido o único caminho da família, “Porque não é fácil mulher, você tá viva, tá viva no mundo. E ainda mais te a audácia de ter um sonho de você ter uma vida não é fácil, não é fácil.” E que poderia ser mais fácil, como o desejo de Steve ter poderes, que ao estalar os dedos e afirmar “Eu quero que as coisas ruins desapareçam”, toda violência desaparecesse.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Nem todo mundo tem direito de ter uma vida (!?)

(Matilda)

A partir do exposto, os achados referentes às trajetórias de vida e aos itinerários terapêuticos foram organizados em dois Eixos Temáticos, a saber: 1) Sujeito alvo de violências; e 2) Subvertendo a lógica: existirmos a que será que se destina?

Essa divisão tem como objetivo expressar os sentidos apreendidos nas entrevistas realizadas e que aparecem majoritariamente nos discursos dos sujeitos participantes. Destaca-se que a separação é didática e não separada de sentido, pois todos os eixos dialogam e se relacionam entre si; eis uma das dificuldades das abordagens analíticas qualitativas, a de separar aquilo que não se produz de maneira separada e diz do movimento totalizante da realidade. Nesse sentido, o aporte na teoria social marxista pode nos auxiliar na análise dos achados, dirimindo as limitações e contradições de tal categorização e sua fragmentação do real.

Cada um dos dois eixos se dividiu em categorias de análises, que não só os compõem, isto é, os expressam, como dialeticamente o produzem, o conformam. O leitor, a partir da Tabela 2, se aproxima de forma didática da categorização e descrição dos eixos.

Tabela 2*Categorização, a partir das histórias de vida*

Eixo 1- Sujeito alvo de violência	Eixo 2- Subvertendo a lógica: Existirmos a que será que se destina?
Violência da e na/pela escola.	A rebeldia como afirmação da saúde mental
Cuidado com o cuidado: a coisificação e o silenciamento no “cuidado”.	Para além do CAPSi: dispositivos da sobrevivência e produção de vida.
Entre violências: Família, casas e ruas.	

Nota. Elaboração própria.

Por fim, saliento que recorreremos mais uma vez a algumas falas dos sujeitos entrevistados. Sabemos que isso não é usual - ou recomendado - nas seções de Discussão, segundo os cânones dos trabalhos sobre metodologia e escrita acadêmica. Contudo, nos preocupamos com a realidade e com os sujeitos com os quais nos relacionamos e que produziram este trabalho - e que são ele. Por mais que algumas das falas, na forma de citações, possam ser repetidas, tornando a leitura por vezes cansativa, consideramos fundamental rememorar-las, dada a sua relevância. Ademais, a repetição diz respeito não só à importância do que foi dito, mas como foi dito, reforçando nossa implicação com a voz e a fala de tais sujeitos. Em alguns casos, recorreremos a falas que não utilizamos na seção anterior, aproveitando a oportunidade para tratar de aspectos que já foram abordados, mas também a partir das palavras e reflexões dos próprios sujeitos.

5.1 Sujeitos alvos de violências

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação,

ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, p.132)

Ao longo da pesquisa foi possível identificar diversas violências destinadas às crianças e aos adolescentes entrevistados. A vivência de todos os participantes foi e é atravessada por diversas expressões da violência em contextos relacionais e institucionais, evidenciando uma gama de violências: violência sexual (exploração sexual; estupro); violência física (tortura; lesões no corpo físico); violência psicológica (ameaça); violências estruturais e preconceituosas (intolerância religiosa, atos explícitos e implícitos de racismo e bullying). Esses atos não se apresentam de forma isolada, mas se interseccionam e se acumulam ao longo da vida, produzindo registros na vida desses sujeitos.

Uma ponderação importante a ser feita é que tais violências não são entidades abstratas, muito menos variáveis ou questões *per se* apartadas uma das outras. Elas são expressões, manifestações de uma sociabilidade violenta; uma sociabilidade que não pode ser “não-violenta”. Nomeá-la dessa forma é um primeiro e necessário passo, por mais que ainda insuficiente, para que analisemos e apreendemos as respostas singulares a este ecossistema da violência (e violento) a partir de seu caráter social, evitando individualizações e consequentes culpabilizações. A partir daí é que podemos avançar quanto às singularidades dos sujeitos que nesta sociabilidade se forjam e como eles a forjam. Isso não significa fazer uma apologética à violência, mas simplesmente analisar como se dá a produção de vida concreta nesta concretude histórica.

Entende-se que as violências que ocupam os discursos dos entrevistados amparam-se em

dispositivos que compõem o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA). Entretanto, o SGDCA é uma ferramenta importante para proteção da infância e adolescência e as dificuldades de implementação são resultados de uma negligência histórica e estrutural no campo da infância e adolescência, conforme apontado nos capítulos iniciais. Por séculos, as crianças e adolescentes foram vítimas de violência na sociedade brasileira e objetos de controle. Romper com tal cenário é uma luta diária e que se ampara nas conquistas de políticas, como o Estatuto da Criança e do Adolescente e em políticas públicas destinadas a esse público, como o SGDCA.

Para melhor fluidez do texto, essas violências serão representadas em diálogo, entendendo que é impossível fragmentar a realidade dos entrevistados, que pontuam as diversas violências do Estado, seus representantes e a sociedade de forma compartilhada. Dessa forma, ao longo do capítulo, o leitor atravessará os seguintes eixos de análise: 1) violência da e na/pela escola, retratando o ambiente educacional; 2) cuidado com o cuidado: a coisificação e o silenciamento no “cuidado”, elucidando como alguns dispositivos de suposto tratamento podem ser violentos; 3) entre violências: família, casas e ruas, abarcando as violências históricas destinadas a crianças e adolescentes nos territórios.

Para direcionar a leitura, a Tabela 3 elucida a descrição das violências e quais os cenários que elas aparecem. No decorrer do capítulo, o leitor perceberá que tais expressões dialogam na escrita, bem como o relato dos entrevistados. O objetivo aqui não é apontar um erro individual, mas permitir a reflexão sobre como a produção do patológico reflete as nuances de uma sociedade pautada no capitalismo e que, portanto, precisa controlar os sujeitos desde cedo para serem produtivos. Para essa função, temos, como instituição de controle: a escola - em todos os casos analisados, trata-se da escola pública; a saúde - ancorando nas práticas médicas e “psis”; e

a família - enquanto produtora e vítima da mesma violência .

Tabela 3

Descrição do Eixo I- Sujeito Alvo de violências

Violência da e na/pela escola	Cuidado com o cuidado: A coisificação e o silenciamento no “cuidado”	Entre violências: Família, casa e rua
Violência na escola: Acontece no espaço físico escolar e que independe de quem é praticado, podendo ser por alunos, professores e contra qualquer um desses. Violências que tem a escola como intermediadora desses processos, expressando e mantendo pela instituição essas formas violentas. Escola como caminho facilitador da manifestação da violência	Violências justificadas como suposto tratamento e intervenção, entendendo que tais práticas aparecem em dispositivos da Rede de Atenção a Saúde Mental e em outras instituições do Estado que deveriam estar oferecendo cuidado.	A violência sendo expressada nos territórios, em casa, na família e instituições informais. rebeldia como afirmação da saúde mental
Violência da escola: Cometidas pela instituição escolar, representada pelos trabalhadores e seus processos de trabalho.		

Nota. Elaboração própria.

A partir das entrevistas, observa-se que as violências sofridas aconteceram majoritariamente em ambiente escolar, compreendida aqui como *violência na/pela escola*. Dessa forma, tomaremos como ponto de partida da análise as violências no ambiente educacional. Nitidamente essa informação se relaciona com o fato de que é nesse espaço em que as crianças e

adolescentes passam o maior tempo e que se configura como espaço de construção das relações sociais. Portanto, entende-se a escola como conjunto de expressões da sociedade brasileira e consequentemente marcada por diversas formas de violência.

A criança e os adolescentes entrevistados relataram vivências agressivas no ambiente em que mais frequentam durante a rotina e que garante um de seus direitos básicos: o direito à educação. O lugar que deve ser de proteção, de socialização e de humanização, escancara processos que regulamentam a vida de crianças e adolescentes e que se amparam nas condições precárias de trabalho dos profissionais de educação. Antes da análise associada às entrevistas, farei uma breve síntese do que se entende como escola pública nesta pesquisa. Para isso, tomaremos aqui a obra de Maria Helena Souza Patto, “A produção do Fracasso escolar” de 1990, em que a autora discute a escola como uma instituição que reflete a lógica capitalista de manutenção das desigualdades sociais e econômicas, sendo uma importante contribuição para reprodução das estruturas sociais dominantes, marginalizando as classes mais vulneráveis (Patto, 1990).

Tendo em vista a escola como instrumento de manutenção da desigualdade, a escola pública tende a ser desvalorizada e subfinanciada, o que resulta em condições precárias de trabalho de toda a equipe da instituição, priorizando a normatização da criança e adolescente para o mercado de trabalho e naturalizando o “fracasso escolar” de determinados grupos sociais, reforçando a lógica individualista (culpabilização do aluno e sua família) e se eximindo das responsabilidades institucionais. As principais formas de culpabilização dos alunos e suas famílias, são apresentados para a autora como: psicologização do fracasso escolar; “carência afetiva” - culpabilização da família; patologização; falta de esforço individual; diferenças culturais como déficits individuais. Tais condutas geram os constantes encaminhamentos para

serviços de saúde ou classes especiais, sem aprofundar as raízes do fracasso escolar e as limitações da instituição (Patto, 1990).

Ora, apesar de décadas terem se passado, a realidade que encontramos nas entrevistas, prolonga esse histórico em relação à infância e adolescência brasileira. As violências expressas nas entrevistas e que se apresentaram em ambiente escolar - *Violência na/pela escola* -, atravessam a violência institucional, a qual chamamos como *violência da escola*. Neste tópico, compreende-se os atos violentos promovidos por instituições e agentes públicos, que deveriam estar protegendo os cidadãos e que, baseados no histórico de controle da infância e adolescência pobre, são legitimados e naturalizados na sociedade brasileira (Ilanud, s.d). Dentro do ambiente escolar, a *violência da escola* é produzida por membros da instituição educacional e por dispositivos de ajustamento, mesmo que seja reflexo das condições de trabalho.

A trajetória de Kurama e Ekko no ambiente escolar, inicia com o “olhar diagnosticador” dos profissionais da educação, que perceberam algo “diferente” nos sujeitos aos seis anos de idade. Questionar a “normalidade” de uma criança com pouca idade e no início do processo de alfabetização, também se manifesta no número de encaminhamentos dos serviços educacionais para os serviços de saúde mental no Distrito Federal, ocupando em terceiro lugar o maior número de encaminhamentos para o CAPSi Ipê, o único serviço com tal levantamento (Figura 2). Além disso, ainda no que se refere ao DF, segundo Santos, França & Batista (2022), de 79 prontuários do COMPP, 63,2% apresentam queixas relacionadas ao processo de escolarização, e a escola é a instituição que mais encaminha para esse serviço da RAPS do DF (Santos et al., 2022). Conforme as autoras, a patologização de queixas escolares é reforçada pelos profissionais da saúde, já que entre as crianças que apresentaram queixas escolares nos grupos, 64% já receberam diagnóstico e 22% hipótese diagnóstica, sendo que 34,8% dessas crianças têm mais de um

diagnóstico (Santos et al.,2022).

Aos cinco anos, a professora de Kurama percebeu algo diferente da percepção familiar e logo encaminhou a criança ao médico que foi diagnosticado com autismo e psicose infantil. Ekko, ao relatar seu processo de diagnóstico, destaca que foi na escola que “perceberam” e que sentia o preconceito, também aos seis anos de idade: “Percebeu na escola, a professora dele falou para mim que ele ficava tipo, parado no tempo, olhando para cima.” (Genitora de Kurama); “E o preconceito era grande nessa escola” (Ekko).

Essa prática de “pré-diagnósticos” no ambiente escolar, que resulta em encaminhamentos para profissionais médicos, levanta questionamentos sobre a função que esse procedimento ocupa na instituição educacional e a histórica relação da medicina e educação no campo da infância e adolescência. Ora, será que esse processo representa uma transferência de responsabilidade, em que a escola delega as próprias dificuldades ao aluno que “foge à norma”, ou trata-se de um cuidado genuíno voltado às singularidades de cada indivíduo? Essas questões tornam-se ainda mais relevantes ao observar que ambos os entrevistados supracitados, foram encaminhados no período da alfabetização, momento em que os processos individuais se destacam diante de uma mesma forma de educar para todos.

O trabalho realizado por Santos e Toassa (2021), revela, a partir de uma revisão de bibliografia, a presença de práticas e discursos da produção do “fracasso escolar”, que calcada no modelo de explicação individual e biologizante, culpabiliza crianças e adolescentes por práticas educacionais ineficazes e que portanto devem ser cuidadas no âmbito da saúde. Não se trata aqui de questionar os diagnósticos dos sujeitos entrevistados, mas se faz necessário entender como a relação da escola se expressa em casos específicos e que, de alguma forma, retratam parte de uma realidade brasileira.

Dessa forma, temos uma suposta intersectorialidade, que na aparência pode ser entendida como um trabalho em conjunto entre serviços das políticas setoriais da educação e da saúde, mas, a partir da mediação e da centralidade do diagnóstico, o que constatamos é a desresponsabilização dos serviços quanto ao cuidado das crianças e adolescentes. Pior, essa desresponsabilização se dá pela mistificação de que os serviços e os saberes que os constituem estão se responsabilizando pela assistência, pelo cuidado, em suma, pela efetivação dos direitos da criança que está sendo diagnosticada e, nisso, passa a ser objetificada, com o diagnóstico obtendo o *status* de sujeito.

A articulação do ambiente educacional, com a medicina e o campo psi, utilizadas como estratégia de poder e regulamentadoras da norma social, se apresentam nas instituições de saúde como práticas hegemônicas e pautadas em um cientificismo colonial, reforçando o desajustamento percebido na escola. Reduzindo a complexidade da experiência humana e do “*processo saúde-doença-cuidado*”, as práticas médicas biologizantes encontram espaço para manutenção da ordem do capital, produzindo a normalidade e seu oposto, com critérios análogos para *qualquer* sujeito (Martins, Leal & Campos, 2023).

Ambos os sujeitos foram diagnosticados e medicalizados aos seis anos de idade, mas as questões relacionadas ao ambiente escolar continuaram até o momento das entrevistas. O diagnóstico foi realizado, o sujeito medicalizado, continuando a ser estigmatizado - e violentado. Segundo Kamers (2013), a medicalização da criança e adolescente é uma fabricação a partir de uma medicação, ou seja, primeiro se produz o medicamento e então a fabricação da loucura infantojuvenil (Kamers, 2013). Assim, os sujeitos são encaminhados para “tratamento” (diagnóstico-medicação), com a expectativa de recuperação da saúde e só retornam ao ambiente escolar após essa etapa (Santos & Toassa, 2021). A pergunta que, portanto, fica é: quem está

sendo realmente tratado? Ora, sabemos quem não está: a criança, o adolescente.

Conforme apontam Heckert e Rocha (2012), a medicalização tem sido uma forte ferramenta de manutenção da ordem na escola, em que a utilizam como recurso para garantir o direito de crianças e adolescentes, como protocolos e laudos. Claro que para analisar criticamente a realidade brasileira, precisamos situar o contexto de precarização do trabalhador da educação, que para além da burocratização de seu trabalho, encara cobranças também na identificação da diferença, para então organizar processos de “inclusão” (Heckert & Rocha, 2012).

Até o momento das entrevistas, os sujeitos utilizavam as seguintes medicações: ácido valpróico (Kurama e Ekko), haloperidol (Kurama), clozapina (Kurama), levomepromazina (Kurama), prometazina (Kurama), sertralina (Kurama), risperidona (Kurama e Ekko), Clonazepam (Ekko), Olanzapina (Ekko), fluoxetina (Yara), quetiapina (Yara). Destaca-se que a associação medicamentosa foi variando ao longo da história de vida, e que no prontuário de Steve não consta nenhuma medicação, porém, a família menciona o uso de medicamentos sem nomeá-los.

O que se percebe nas entrevistas é que com o diagnóstico e medicação, a criança e os adolescentes passam outras vezes por processos de estigmatização. O encaminhamento pautado no discurso de garantir recursos educacionais especializados (ex: monitor, sala de recursos, variabilidade de tempo para atividades, leitor, entre outros), desmantelam-se quando o aluno volta e o comportamento ainda não é do “aluno ideal”. Yara ilustra tal processo, que ao invés de garantir atenção às singularidades, produziu ainda mais violência. Nesse caso, vemos uma junção do que chamamos *violência da escola* com *violência na/pela escola*. Ou seja, com a violência da escola, expressada pela exclusão - legitimada no diagnóstico e medicalização, que também são

práticas reforçadas pela rede de saúde, as violências no ambiente escolar aparecem ainda mais, o que chamamos de *violência na/pela escola*.

O fenômeno de diagnóstico e medicação no ambiente escola é amplamente discutido no contexto brasileiro, e que Heckert e Rocha (2012) apontam como uma máquina que regulamente a vida:

O intenso processo de medicalização da vida escolar, aqui entendido como expansão da jurisdição médica para o âmbito dos processos educacionais, vem transformando em casos médicos as inquietações, perturbações, conflitos e tensões experimentados no processo do aprender e da convivência no espaço escolar. As histórias de vida são tomadas como transtorno, déficit, distúrbios de comportamento e de aprendizado. (Heckert & Rocha, 2012, p. 89)

Entendendo que o processo de diagnóstico e medicação é amparado também na rede de saúde, um questionamento que acompanha essa análise é: será este o dispositivo básico de cuidado oferecido para crianças e adolescentes? Quais as outras formas de cuidado apareceram no discurso dos entrevistados? Sendo assim, essa análise não desqualifica o uso do medicamento, mas aponta a necessidade de investigar a padronização de tal uso no cuidado com crianças e adolescentes e seus excessos. Em suma, questionamos aqui a medicalização da vida (infantojuvenil), ao mesmo tempo que esta medicalização já é um indicador que ela não é considerada vida, afinal, o sujeito é negado e objetificado, ao passo que o objeto (o medicamento, andando de mãos dadas com o diagnóstico) é transformado em sujeito.

Segundo Vorcaro (2011), o diagnóstico psiquiátrico objetiva-se a responder o não ideal de família e sociedade, na aposta de aliviar o “mal estar” que a criança produz no corpo social. Seria assim permitido uma única criança e adolescente: aquela que se encaixa em uma sociedade

adulto centrada. Kamers (2013), pontua que para a sociedade é importante “um apagamento da infância e a tentativa de transformação de um real infantil num modo ideal de existência adulta” (p. 161). Nos parece válido afirmar que só o fato de serem crianças e adolescentes já carrega em si o peso do desajustamento.

Esse processo de transformar histórias de vida em distúrbios individuais é nítido no caso de Kurama, que mesmo após ser diagnosticado e medicado, é questionado a quantidade de medicação prescrita, excluindo as diversas violências em ambiente escolar. Os genitores da criança, inclusive relataram a desconfiança da criança ter sido medicada em tal ambiente em determinada situação.

Aí, ficava tipo assim, tava ficando num jeito assim que queria se livrar dele de qualquer jeito. Teve um dia que a gente achou até que tinha medicado ele na escola(...) Porque eles deram um líquido, ele falou que deram um líquido amarelo pra ele. Chegou lá em casa falando todo enroladão, como se tivesse droga, sabe? (...) Bobão, sabe? Falando mole. A gente quase não entendia ele. E ele falava: alguém, uma tia me deu um negócio amarelo pra beber. Quem? A diretora me deu um negócio amarelo pra beber. A gente ficou muito preocupado. A gente quase leva ele pro Pronto Socorro. Que ele tava falando mole. E aí, foi e dormiu, deitou. Como assim? Coisa que não era pra ele falar. Então a gente desconfia que realmente deram alguma coisa pra ele beber lá. Lá eu fui questionar e eles disseram que era suco de maracujá, mas suco de maracujá não derruba esse daí nunca na vida. (Genitora Kurama)

O pedido para que a criança seja dopada não é velado no caso de Kurama. É escancarado por pedidos constantes da equipe escolar para ainda mais medicação. Na avaliação desta equipe, somente assim Kurama conseguiria ter o seu direito à educação garantido, porém, os genitores

continuam resistindo a essa constante violência com o filho, demonstrando diversas vezes que não vão ceder a escola com alunos iguais e que a inclusão deve de fato ser feita e não a exclusão velada por procedimentos para inclusão.

A professora chegou a questionar pra mim assim “Você tá dando remédio pra ele mesmo? Porque ele não tá calmo”. E eu falei, mas eu não to dando remédio pra ele pra ele ficar dopado na escola, “não, mas deveria”. Aí eu falei não, porque a psiquiatra sabe, né, a quantidade que ele tem que tomar, então eu dou a quantidade que ele tem que tomar. “Não porque eu não guento o menino agitado desse jeito..”. Aí eu falei tipo assim “Tia, você não tá aguentando? Se você não tá aguentando..”. E eu provei, eu levei receita atualizada, aqui ó, um mês que ele fez a consulta, e ele faz consulta de 15 em 15 dias. Então tá aqui a receita! Já pra evitar que eu não tô dando, sabe? Eu não devo satisfação pra eles, mas pra evitar esse clininha eu já faço isso. (Genitora Kurama)

Não sendo o bastante, encontramos no prontuário de Kurama, os efeitos colaterais da quantidade de medicamento ingerida: “a prejuízos na fala, incontinência urinária e sialorréia”. Ao que parece, os prejuízos relacionados ao uso de determinadas drogas não são tão relevantes como para outras, nem cogitando a redução dos danos para que o sujeito circulasse sem constrangimentos em espaços sociais. O uso da medicação tem como finalidade docilizar um corpo, conforme Wilson Coutinho Júnior (1984) pontua:

A impregnação por agente químicos é um tipo de terapêutica exercida no sentido de obter um trabalho ordeiro, dócil e disciplinado, segundo os bons costumes. A medicação é fundamentalmente uma experiência de ordem, mesmo se não cura a alienação. Verifica-se aí o papel do médico psiquiatra como agente normalizador e instrumento do poder

hegemônico do Estado. Passa a ser, então, o legitimador técnico do controle necessário ao bom funcionamento de uma sociedade cuja norma é a ordem. (Coutinho, 1984, p. 71)

Estamos presenciando um cenário em que a educação continua ocupando o lugar auxiliar de práticas médicas-psiquiátricas, em que os profissionais da escola são treinados a observar qual o comportamento que é “anormal” para busca de intervenção especializada para garantir uma educação adequada (Heckert & Rocha, 2012). É preciso excluir, para incluir e garantir o direito dos sujeitos que fogem à norma, como os cuidadores de Kurama relatam:

Aí a gente foi, trouxe ele de volta, trouxemos e pedimos ajuda ao Conselho Tutelar pra poder arrumar vaga. Antes a gente foi tentar sozinho. Tinha vaga quando a gente ligava...Quando chegava lá, a gente chegava e dava o relatório não tinha vaga mais, acabou, sabe? Tipo assim... Não tem mais vaga quando a gente dava o laudo que ele era autista. (Genitora Kurama).

Após conseguirem a vaga, Kurama passou a ser visto como um problema da rede de ensino, que anunciava que o garoto era um “transtorno” e não conseguiam garantir o acesso à educação da criança, mesmo sob a justificativa de proteção do direito do mesmo. Heckert & Rocha (2012), pontuam essa contradição entre proteção e negação do direito do acesso à educação, sendo pautada em diversas burocratizações para garantir posicionamentos institucionais:

Em nome do respeito aos direitos da infância e juventude, assistimos à intensificação dos processos de regulamentação de suas vidas e de suas famílias. Fichas de controle de assiduidade dos alunos na escola, bem como mecanismos de notificação aos conselhos tutelares de qualquer ação que confrontem as normas escolares, têm se espalhado pelo país, sendo justificadas como dispositivos de proteção da infância e da juventude e de

prevenção dos riscos sociais. (Heckert & Rocha, 2012, p.88)

Segundo Heckert & Rocha (2012), os processos de inclusão escolar, atualmente tem se manifestado como aperfeiçoamento de instrumentos de controle dos sujeitos, na tentativa de extinguir as diferenças, portanto, aqui colocamos que não se trata de inclusão e sim de exclusão. Kurama é o retrato dessa constante exclusão e o espaço de direito básico se torna o maior violador de sua existência.

Essa burocratização do acesso à educação dita inclusiva, reflete na estigmatização desses sujeitos. Yara, entrou na escola nova com laudo de acompanhamento no CAPSi e sentiu que passou a ser vista de forma estigmatizada nesse ambiente e todos os seus comportamentos justificados por “transtornos” individuais: “Cara, acho que todo mundo da minha escola. Que me trata com uma certa indiferença vei. E trata como tipo a... a indígena, depressiva, tipo que tem depressão. Porque eu entrei lá com o laudo, né?”. Quando está quieta, precisa dizer ou está “em crise”:

Eu falei, eu não quero falar, eles falam, ‘mas você pode falar. Você tem que falar porque a gente tem que ter, tipo, um tratamento diferente com você.’ Aí eles tipo, tem vezes que eu fico quieta na minha sala e os outros me manda para a direção. Porque acham que eu estou em crise, alguma coisa assim, e tipo, eu to quieta.

Ou então, o próprio efeito da medicação é anulado e a causa dos sintomas é mais um ato “desviante” de caráter individual:

só que eu comecei a passar mal por conta do remédio véi, porque o remédio estava começando a fazer efeito e eles disseram que eu estava me drogando. O professor que viu a situação, falou que eu estava me dopando de remédio e tipo, aumentou mais ainda, vei. Eu fiquei, então tá bom. Aí eu fiquei com ódio desse professor, véi.

Como expressão da nossa sociedade, os que fogem à norma são excluídos, isolados e violentados, como todos os entrevistados relatam se sentir no ambiente educacional. Como o “louco perigoso”, ter um diagnóstico é reduzi-lo a objeto e por tanto deve ser afastado, ajustado (medicado, contido, internado) e silenciado. Temos

formas de nomear um Outro - que são também formas de atuar sobre ele, afinal, quando o nomeio atuo sobre ele - de maneira a reduzi-lo, a colocá-lo em parênteses, coisificando-o, objetificando-o, enquanto o sofrimento psíquico, a “doença”, a “loucura” eram tornados sujeitos, agentes. (Costa, 2023, p.43)

Como afirmado acima, as crianças e os adolescentes já ocupam o lugar de desajustados na sociedade e, portanto, tendem a ser mais objetificados e medicalizados. Entretanto, a forma como o processo de objetificação opera, é ainda mais afunilada se a família pertencer a classes sociais inferiores. Ora, no século XIX o médico ocupava a função de tutelar a família, culpabilizando pela criança em risco ou possível delinquência (Kamers, 2013). Esse processo também já foi pontuado no campo da educação, o qual o fracasso escolar culpabiliza o seio familiar com a explicação de “carência afetiva” (Patto, 1990). Sendo assim, a família também é atravessada por intervenções do campo educacional, psi e médico, sendo evidente nos quatro casos analisados, é julgada como incapaz de cuidar de seus filhos, ou como causa do desvio familiar:

Aí quando eu chegava na coisa, o meu marido sempre ia estacionar o carro e eu entrava logo, né, porque eu queria tirar ele do ambiente. Aí, eu entrava e bastava ele me ver, ele levantava. Aí a pessoa falava assim, as profissionais falavam: “Essa mãe é insuportável, chata, e o menino é mimado, porque ele vê a mãe, ele levanta.” Aí quando a gente entrava na escola, ele não, ele quase também, ele se isolava e não. As pessoas iam

passando, né? No corredor, ia passar a pegar, “essa mãe , nossa, chata, insuportável. Olha só, vai criar um futuro bandido, porque dá muita corda pra esse menino.” Era assim.
(Genitora de Kurama)

Uma vez falaram na frente da minha mãe, ‘você não deu educação pra ela não?’, eu fiquei tá bom...Porque eles, tipo, ficam ‘aí agora a gente entende porque eles’, tipo, veem o lado da minha mãe quando ela estoura, eles, eles ficam tipo, ‘Ah, ela tá do mesmo jeito.’ Só que, tipo, você tá enchendo o saco! (Yara)

Com os dedos apontados para a criança/adolescente, a família também é culpabilizada pelo desvio da norma, psicologizada como “desajustada” ou “estrutura familiar precária”. A partir desse discurso, conforme Patto (1990) pontua, se mantém a lógica da Carência afetiva no sistema educacional e é nutrido pelo campo da saúde, descontextualizando tantos determinantes que atravessam o processo de vivências dos sujeitos. No caso de Steve e Ekko, a família é representado pela genitora de ambos e que por terem diagnósticos do campo “psi”, são ainda mais invalidadas, entre a culpabilização de ser incapaz do cuidado de si e incapaz de cuidado com o outro:

Eu administro 5 vidas. Só que mesmo assim eu sou a ruim, eu sou errada, eu sou alucinada eu faço tudo errada, eu sou irresponsável, eu sou mãe ruim. A G., que é responsável de mim, eu que administro a vida dela...Ela me interditou e ela queria interditar o (outro filho) e a mulher da justiça não deixou, falou que ela se meter, fazer isso ela vai ter problemas. Porque não precisa isso aí, tudo dela que resolve é eu, tudo que tem que resolver ela bota eu, ela tinha que tá resolvendo meus problemas, me dando apoio, cuidando de mim, mas ela não faz isso, eu faço isso. (Matilda)

Estreitando ainda mais a relação da escola com as violências, sabemos da função

protetiva da escola no que diz respeito às denúncias de violências vivenciadas por crianças e adolescentes, principalmente quando ocorrem em ambiente familiar. Entretanto não foi o caso de Steve, que procurou a escola para relatar as vivências com o genitor (momento em que a genitora foi presa) e foi invalidado, impactando diretamente na relação com a instituição escolar: “Até porque antes de eu chegar no (atual escola), tinha outras escolas que não eram muito boas sabe, não sabia as coisas?... Ela ficava falando que eu era mentiroso, algo do tipo.” Steve não aprofunda tal vivência, talvez para não resgatar o que foi “*triturado*”, entretanto, conforme Lordello & Costa (2020), o próprio ato de revelar uma violência é um desafio, pois já há um receio de que negue o que se denuncia. Neste sentido, Steve foi desvalidado no único ambiente que poderia pedir ajuda: a Escola. O adolescente entende que a mudança de escola foi protetiva para ele, principalmente por entender suas necessidades, se sentir escutado e respeitado: “Monitores, Professores bons, regras, pessoas que tipo elas, tipo, se tem alguma decidiencia eles respeitam. Entre outros.”

Sabemos que Steve foi agredido pelo genitor, segundo o relato de Matilda, que também foi vítima de violência pelo mesmo sujeito, caracterizando entre elas a violência sexual. Matilda se culpa por não ter evitado que o filho vivenciasse tal situação, mas entende que não poderia ter feito mais, principalmente por também ser vítima de diversas violências e ter sido reduzida aos diagnósticos e desqualificada de cuidar de si e do outro -apesar de fazer isso com excelência. A genitora de Steve, por vezes, menciona os diagnósticos que foi recebendo durante seu desenvolvimento enquanto sujeito e, apesar de ter sido usado para silenciar seus gritos da realidade sofrida, entende a importância de produzir vida com e não se limitar ao rótulo:

Porque se não fizessem as coisas erradas comigo, eu não ia ficar instável, e aí não ia acontecer coisas ruins, porque as coisas ruins que fizeram comigo, foi porque antes me

deixaram instável. Eu tenho certeza que já sabiam da minha dificuldade e não botou pra fazer o acompanhamento de propósito. Sabia que eu pensava isso? Porque a G. queria se livrar de mim faz tempo, os caras queriam se livrar de mim. Agora ela não pode se livrar de mim, eu tô interditada, eu tô interditada, ela manda ni mim.

Sim. Eu penso que podia respeitar as pessoas, botar no médico, um médico que entende do que é a dificuldade, o transtorno, ou qualquer outra coisa que for a pessoa, e diagnosticar certo e fazer o acompanhamento e tratamento e ter uma vida.

Sendo assim, a mesma pontua que ter um diagnóstico não necessariamente é ruim, mas o que se faz com as pessoas que recebem esse rótulo é perverso. No caso de Matilda, ela foi invalidada e violentada por diversas instituições, reduzida aos “F’s” classificatórios, foi tutelada pela medicina e justiça, ameaçada a internação constantemente e então, objetificada:

Por que que agora ela precisa eu interditada? Antes, quando eu fui estrupada, eu tive um menino e ninguém me interditava. Na hora de cuidar de menino sozinha, ninguém interditava. Por que que na hora de eu fazer tudo sozinha, ninguém me "imputa" ou no hospício? Né? Aí quando eu sei fazer as coisas sozinha, eu tô conseguindo, tô evoluindo, a mulher vem falar isso. Não acho justo, não. Pra me ajudar ninguém, né? Mas pra me fazer querer o mal, igual fez com o meu pai, aquela bichona queria, né? Por isso que eu penso, ela não é muito normal, não. E é doutora. Agora pensa se existisse uma lei das pessoas "inaudível". Mas também sabe que o hospício nem é bom não? Quem inventou o hospício foi nos tempos antigamente porque antigamente talvez não era bom não... não era não. Eu penso que não podia existir mais isso.

Segundo Kamers (2013), a práxis médico-psiquiatra tem respondido às demandas sociais por uma tentativa de normatização pela medicalização, pautado por transtornos generalistas, com

explicações genéticas e bioquímicas e que se produz “*o apagamento do sujeito em sua dimensão psíquica, histórica e social – em que a medicina se eleva à condição divina.*” (Kamers, 2013, p. 156). Neste sentido, assim como a história de Matilda foi apagada por transtornos individuais, Jurema pontua claramente o processo de apagamento da história de Yara e dos povos indígenas, com forte influência do campo psi, reduzindo o sujeito enquanto diagnóstico- medicação:

Com certeza até hoje acontece...Essa coisa assim dos povos indígenas, falar dos espíritos, falar dos espíritos da natureza, da mata, de tudo... É uma coisa que...Muitas vezes a psicologia deu patologias, né, pra isso. E aí eu vejo que também existe esse receio, né? É..Do dos, indígenas, também lá da comunidade sabe? De tipo, estar indo na psicologia é..É, como é que se diz, vão te deixar doido lá, entendeu?... Porque os povos indígenas mesmo, eles não procuram, porque... Muitas vezes eles foram colocados para esse lado, né? E antigamente, né, era o que os manicômios, essas coisas. Então, é, é uma, uma barreira muito difícil ainda, porque o maior, uma das maiores taxas de suicídio são dos povos indígenas, né?... Mas, por exemplo, um dos maiores lideranças do Brasil é.. De, de luta, a filha dele também morreu. É, suicidou-se, né? Então assim é. Eles lutam muito pela Terra, pela demarcação, e ele estava falando lá que eles lutam para deixar para para os jovens, né? Mas os jovens estão adoecendo, os jovens indígenas estão adoecendo, tanto por essa questão do urbano, né. Eu também vejo essa questão do choque de cultura, né? Eu vejo também muito isso na Yara, porque é um, é um choque assim, é.. Muito grande, porque ela acaba sofrendo preconceito desde pequeninha, né? O histórico das Yara é de preconceito desde quando ela pisou o pé numa escola, né? E... É, eu acho que isso aí adoce muito, porque você a todo momento você tá ali sofrendo um bombardeio pra você não ser. Pra você ser, entrar num padrão, né? Que você é. E acho que também

redes sociais.. A Yara vive 24 horas em TikTok, Instagram, sabe? E isso daí também eu vejo que é o outro choque que acaba entrando ali, sabe? Não estou falando que é ruim, né, essa diversidade. Mas eu acho que é complicado lidar com essas, com como que os indígenas são apagados a todo momento, sabe?

Aí eu acho que isso aí afeta muito a saúde mental dos jovens indígenas. E eu vejo que o Satanás também, é uma pessoa adoecida nesse contexto. Porque é, eu acho que muitas vezes o adoecimento dele, ele é de tipo dele estar lutando ali, desde novo, também sofrendo preconceito dentro de escola. Se você é indígena, mas ele tinha que ser. Ele é indígena, mas ele tinha que entrar no padrão dos amiguinhos brancos, entendeu? Tipo, ‘Ah, eu gosto de tal coisa, eu gosto de tal coisa. Ele não pode falar das coisas que ele gosta, porque às vezes ele fala e ele é rechaçado, sabe? Eu vejo muito isso.

A relação entre os povos indígenas com os seres que compõem a vida, atravessa a compreensão de que todos são espíritos, ultrapassando o mundo terreno. Essa relação, fundamentada na natureza, respalda a construção do sujeito e por tanto sua saúde (Martins et al., 2023). Segundo o estudo de Kopenawa e Albert (2015), a partir de condutas colonizadoras pela busca desenfreada de afanar os territórios Yanomamis, e que não caíamos na generalização dos povos indígenas mas tomamos como representação, a produção de vida desses povos, sua existência e por tanto sua saúde, foram golpeadas. Dessa forma, é evidente que a concepção de saúde dos povos indígenas atravessa sua relação com a ancestralidade, com a espiritualidade, com a natureza, com a memória, com a luta e resistência (Martins et al., 2023). É preciso estar aberto ao discurso desses saberes não hegemônicos, sobretudo no que se refere ao cuidado dos sujeitos indígenas.

Imagine-se nascer lutando, ter em suas memórias mais antigas a violência sofrida pelo seu povo, ter sua casa e sua história como causa política. Tudo isso é o que Yara relata e que constantemente se vê ameaçada e cansada. Em diversos momentos, a adolescente pontua o desejo de se distanciar de tal vivência, não pela negação de sua existência, mas por querer descansar, de não ter que lutar e ter seu lugar garantido sem gritar. A relação com o território do seu povo, constantemente afetado, em nenhum momento é mencionado nos registros de prontuário da adolescente, apesar de se entender saúde territorial em dispositivos da atenção psicossocial. Conforme Martins et al. (2023) apontam que:

A força que sustenta os diversos povos indígenas a continuarem lutando pela terra, frente aos interesses políticos e econômicos dos latifundiários e do agronegócio, pode ser analisada como luta pela saúde, pela afirmação e resistência de seus modos de vida, como condições basais para que as memórias vivas não sejam esquecidas (p. 267).

O diálogo entre esses conhecimentos não parece ter sido realizado no caso de Yara, que ao contrário, nem foi considerado. Em seu prontuário, a relação dela com a espiritualidade é como “vozes” que falam a seu respeito, “personificada em vulto masculino”, quase como uma descrição sintomatológica de algum transtorno. Além disso, o próprio processo do festival do moqueado, mencionado na história de vida da adolescente como período em que os espíritos ficam mais presentes após a primeira menstruação e que, Yara considera ser importante no processo de saúde mental, não foi localizado no prontuário da adolescente. Parece existir uma total anulação do seu contexto de vida, reduzindo a mesma a padrões comportamentais desviantes e que portanto, estariam adoecidos. Conforme Martins et al. (2023) o que *“hegemonicamente consideramos doença mental, loucura não é compreendido da mesma forma para os povos indígenas”* (p. 272). A partir dessa anulação a resposta não seria outra, se não a

padronização por uma medicação, em que a própria adolescente não valida os efeitos terapêuticos e, considera uma das formas de enfrentamento ao sofrimento o uso da chanduca, que remete a sua própria cultura.

Negar a sua condição social, histórica e cultural aparece aqui como violência, como mais uma forma de violência estatal, pois é preciso para pensar em saúde, pensar as singularidades do corpo indígena. Sendo assim, ainda Martins et al. (2023) apontam para a construção de uma saúde indígena e não uma saúde para o indígena, direcionando que essa produção deva fazer sentido para seu povo, entendendo território para além de sua dimensão física, resgatando suas memórias e afirmando sua cultura, não corroborar com “práticas que reiteram as violências históricas e exterminadoras dos povos” (Martins et al., 2023 p. 270). É preciso que os profissionais desconstruam saberes hegemônicos apreendidos em sua formação¹³. É necessário entrar em contato com a realidade do sujeito sem patologizar o que entendem como sinais e sintomas de uma “doença”.

No caso de Yara, é perceptível o racismo étnico que a mesma vivencia dentro do ambiente educacional, desde deboches de línguas tradicionais e costumes, até o apagamento da história indígena do Brasil em sala de aula. Desde muito nova, Yara é vista como agressiva, uma rotulação estereotipada e que ignora as condições concretas que os povos indígenas vivem. Algumas falas de Yara e seus familiares ilustram esse processo de racismo no ambiente educacional:

Quando ela era criança mais novinha, quando ela tinha 6 anos, ela teve alguns, problemas na escola por exemplo, os alunos pegavam, ficavam provocando ela, provocando ela, ela só tinha 6 anos de idade. Fazendo essas coisas, né? Batendo na boca, ficava provocando

¹³ Destaca-se aqui que a própria pesquisadora é uma mulher branca, psicóloga e que em nenhum momento de sua graduação se aproximou das questões indígenas ou de uma saúde mental descolonizada e contra hegemônica.

ela. Aí quando ela reagia, aí ela era agressiva, é? (Jurema)

Cara, eu lembro que nesse, no primeiro dia que eu estava na escola, não tem esse negócio de ficar fazendo UhUhUh, bem assim. Eu estava passando na porta, fizeram isso, cara. (Yara)

Então assim, eu pertenço aqui, eu vim daqui, mas, tipo, eu não me sinto mais bem no meu local que eu vim, porque, tipo, eu vejo todo mundo como estranho, porque as pessoas ficam, ‘Ah, mas Pedro Álvares negociado lá. Ai, mas aí ele descobriu o Brasil, ah, não descobriu não, filha(...)Eu já entrei em discussão, vei, com professor de história(...) Por conta disso, eu falei “não descobriu”. Ele falou, descobriu sim. Eu falei não descobriu, você está falando com uma indígena, não descobriu, não descobriu. Eu posso trazer todas as pautas que o meu irmão me ensinou bem aqui, que ele não descobriu. Aí eu falei, eu trago o meu irmão bem aqui, eu vou falar na sua frente que ele não descobriu. Aí ele entrou em discussão ai, não vou discutir com você, eu falei, mas eu vou discutir com você(...) Aí a gente entrou em discussão. Aí me levaram para a direção, cara (...) E começaram a me rotular como a, a Índia brava. (Yara)

A escola, historicamente, destina aos negros e indígenas preconceitos e discriminação e que são silenciados e naturalizados no cotidiano institucional. Segundo a pesquisa de Marques, Almeida e Silva (2014), professores de escolas públicas de dois municípios de Mato Grosso do Sul, reconhecem a existência de tais violências, porém continuam sendo relativizadas por “brincadeiras”. Aliado a essa pesquisa, diversos são os trabalhos que relatam o racismo no ambiente educacional, porém poucos são aqueles que priorizam a discriminação com os povos indígenas em tal ambiente.

Em contrapartida, segundo Santos, et al. (2022), a partir de uma revisão de literatura acadêmica, é perceptível a presença de pesquisas sobre a implementação das ações didáticas de aspectos étnico-raciais, segundo a Lei nº 10.639 de 2003, que altera a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), com a inclusão da obrigatoriedade no currículo da Educação Básica a temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Africana”. Segundo as autoras, as pesquisas realizadas demonstram a dificuldade de implementação da legislação no ambiente educacional, principalmente pela falta de aperfeiçoamento dos professores ou então, da educação continuada. (Santos et al., 2022). Coloca-se aqui que nitidamente, Yara não presenciou a implementação das referidas políticas e que poderiam ser uma importante estratégia para romper com vivências violentas nesse ambiente. Ora, como se sentir pertencente em um ambiente educacional que silencia sua história e debocha da sua identidade? É necessário se revoltar. A revolta é expressão de saúde (mental).

Através do racismo e do bullying, a escola continua reafirmando espaços preconceituosos com as crianças e adolescentes e como Yara destaca: “Primeiramente, que é uma escola, né? Aí não tem como uma escola ser bom, cheia de pessoas, né?”. Segundo Francisco e Coimbra (2015), o bullying deve ser entendido dentro da particularidade da construção da sociabilidade brasileira, em que as violências sempre estiveram presentes e que as influências socioculturais se sobressaem nas questões individuais de tal ato. Concordando com tal colocação, entende-se bullying como um processo de violência, reflexo de padrões socioculturais hegemônicos e “que desencadeiam perseguições, humilhações, ataques físicos/verbais, insultos e difamações para com aqueles que são vistos como os “diferentes”. (Francisco & Coimbra, 2015, p.186). Todos os entrevistados relataram vivências de bullying por serem tidos como diferentes à norma. No entanto, enfatizamos a importância de ressaltar que os atos violentos caracterizados como

bullying, não devem ser reduzidos à uma prática descontextualizada. A própria insígnia “bullying”, ao contrário de boas intenções que possam existir ao utilizá-la, podem ocultar o mistificar a concretude, a intencionalidade e as implicações das múltiplas violências que têm sido colocadas sob o seu guarda-chuva; violências que expressam e denunciam vários processos históricos da sociedade brasileira, como o racismo, machismo, LGBTfobia e capacitismo.

Diante disso, colocamos o quanto a escola tem sido o espaço de manutenção da exclusão e da ordem, no campo da infância e adolescência. O espaço educacional se localiza como reprodutor das desigualdades expressas na sociedade pautada no capitalismo dependente e que esta sociedade não conseguirá superar as formas de violência do próprio território em que se localiza, pois entraria nas suas próprias contradições de classes (e que são racializadas, gendradas etc.). Compreendendo isso, se faz necessário relatar que todos os sujeitos estavam inseridos na rede de ensino pública e que os serviços são propositalmente sucateados e precarizados para todas as classes que ali ocupam (professores, funcionários e alunos). Isso não caminha no lugar da desvalorização de tal serviço, pois compreende-se na pesquisa a educação como possibilidade de emancipação humana, sendo um direito garantido e que deve ser protegido para crianças e adolescentes.

É importante pensar a escola como um espaço de reprodução de violências praticadas como reflexo de uma sociedade de classes. A classe “mais alta” oprime a classe mais baixa. Dessa forma, o aluno que expressa em sua materialidade o que historicamente foi excluído da sociedade é ainda mais alvo de violência, como nos casos dos entrevistados. Por si só, a educação pública já é uma luta direta com a formação social brasileira, e por não ser um lugar descontextualizado historicamente e socialmente, se expressa e se mantém as violências cotidianas. É fundamental a crítica das práticas cotidianas desse serviço, rompendo com a lógica

de silenciamento e controle de crianças e adolescentes e se questionando a quem está à serviço: à educação ou à manutenção da opressão?

Entender a função social que a escola ocupa dentro da sociabilidade brasileira, nos remete a entrevista feita com Dermeval Saviani (2021):

ao mesmo tempo em que exige a universalização da forma escolar de educação, não a pode realizar plenamente porque isso implicaria a sua própria superação. Com efeito, o acesso de todos, em igualdade de condições, às escolas públicas organizadas com o mesmo padrão de qualidade, viabilizaria a apropriação do saber por parte dos trabalhadores (Saviani, 2021, p.138)

Presenciamos, ao escutar as histórias dos sujeitos, a reafirmação de diversas violências no ambiente escolar. Uma violência que é ainda mais legitimada, ao se confirmar o caráter de sofrimento desses sujeitos, que são nomeados por diagnósticos, medicação e rótulos comportamentais. Nesse ponto, destaca-se a história de Kurama e que literalmente a escola não foi sua proteção e sim, sua principal violação. Kurama, “o psicopata”, foi nomeado como tal em uma escola, foi vítima de diversas violências em outras escolas e ao se defender foi “contido” e agredido: Marcado nas costas, o dedo quebrado, medicado, segurado por sete pessoas, filmado, debochado, diagnosticado e silenciado. Na última leitura do prontuário de Kurama para a atual pesquisa, é descrito que o adolescente teve alta da internação hospitalar, em decorrência da última violência sofrida no ambiente educacional e que se encontra com sinais de “síndrome do pânico”, aguardando vaga em nova escola. O exemplo claro da produção da doença, culpabilização e silenciamento.

Entende-se assim que a escola é um importante instrumento na vida das crianças e adolescentes, mas que precisa ter como horizonte a superação de suas raízes pautadas nas classes

antagônicas e, assim, do capitalismo. Somente tendo em sua concepção ética o anticapitalismo (e com ele o antirracismo, o fim do machismo e do sexismo, a antiLGBTfobia e demais relações de opressão) e o posicionamento a favor da classe trabalhadora, é que vivenciamos a escola pública enquanto espaço democrático e de proteção integral a todas as crianças e adolescentes do Brasil. Conforme Saviani (2013):

Dizer, então, que a educação é um ato político significa dizer que a educação não está divorciada das características da sociedade; ao contrário, ela é determinada pela sociedade na qual está inserida. E, quando a sociedade é dividida em classes cujos interesses são antagônicos, a educação serve a interesses de uma ou de outra das classes fundamentais. Ora, no caso da pedagogia histórico-crítica, uma de suas características fundamentais é que ela se posiciona claramente a favor dos interesses dos trabalhadores, isto é, da classe fundamental dominada na sociedade capitalista. Daí, seu caráter de pedagogia contra hegemônica inserindo-se na luta pela transformação da sociedade atual. (Saviani, 2013, p. 26)

Por fim, entende-se que a “nova” roupagem opressora da psiquiatria (e do campo psi como um todo), utilizada nos processos de psicopatologização e medicalização, traz em si a sofisticação necessária para não ser compreendida enquanto mecanismo de controle e violência (Costa, 2023). Somada à função educacional também de controle e ajustamento, tal sofisticação é ainda mais disfarçada. Temos, assim, o caminho e as instituições ideais para atestar a loucura da criança e do adolescente na sociedade brasileira: forja-se o “menor louco” e constrói estratégias para que ao longo da sua vida continue no local de exclusão.

5.2 Subvertendo a Lógica: Existirmos A Que Será Que Se Destina?

Neste eixo de análise, discorreremos sobre a existência dos sujeitos entrevistados enquanto afirmação da saúde mental e não a sua ausência. Nesse caso, tomemos aqui a concepção de saúde mental descrita na introdução do atual trabalho, a saúde em sua totalidade e não sinônimo de “transtorno” ou diagnóstico.

Atravessando a rebeldia, como forma de reação às condições alienantes, e alcançando a função dos CAPSi de subsidiar produções de vida nos sujeitos, entendemos, a partir das entrevistas, a função dos dispositivos da RAPS enquanto espaços de sobrevivência. Sendo assim, o leitor acompanhará os relatos dos sujeitos entrevistados, não a partir de diagnósticos e sim sobre as condições de vida de cada um, permitindo uma leitura no caminho oposto do capítulo anterior. Os tópicos, *“A rebeldia como afirmação da saúde mental”* e *“Para além do CAPSi: dispositivos da sobrevivência e produção de vida”*, serão trabalhados em conjunto, entendendo que ambos dizem de um mesmo lugar, porém com objetos diferentes: reação dos sujeitos e ação dos serviços. Reação aqui como defesa e ação como diretrizes de um acompanhamento que garante a existência de um sujeito e não uma doença. Afinal, (re)xistir, a que será que se destina?

O nosso ponto de partida será a “rebeldia”, que é tradicionalmente compreendida de maneira pejorativa como o conjunto de comportamentos “desviantes”, questionadores, persistentes, e não desejados em determinado grupo social ou contexto; que, nesse caso, trata-se de crianças, adolescentes e seus familiares. Marcados pela diferença de classes e expressando o sofrimento psíquico, a loucura enquanto uma das manifestações da “questão social”, assim como outros - pobreza, fome, falta de moradia etc. - os sujeitos ditos rebeldes são, nesta pesquisa, crianças, adolescentes, pobres, indígenas e mulheres (cuidadoras).

Ou, mas eu vou te falar a verdade, eu não ia tá hoje aqui falando com tu coisas boas e coisas que já foram muito ruins, se não fosse a muié da justiça, sabia? Foi ela que me escutou. Foi o primeiro ser humano do mundo, da, do planeta que existe que ela me escutou... Hoje, se a G. me triscar e ficar marca, eu tenho coragem de abrir a boca e falar, eu vou na polícia, eu tenho coragem de sair porta a fora e ir, porque ela tem medo da dona R. (Funcionária do sistema de justiça). (Matilda)

A fala de Matilda, explicando o processo de consciência dos seus direitos após se sentir escutada em um serviço do Estado, caminha em direção do que entendemos como rebeldia e seu caráter de afirmação da saúde mental. Conforme mencionado nos capítulos anteriores, Matilda foi vítima de violências desde o nascimento, foi diagnosticada e tida como a “criança/mulher problema”. Seus questionamentos e comportamentos que desviavam ao que era posto, eram tidos como desajuste individual, pois a mesma não cedia a “criança obediente” ou a “mulher ideal”. Ao longo do seu processo de cuidado, atravessou instituições que a associavam ao desvio e instituições que a colocavam como sujeito. Durante as entrevistas, a sanidade de Matilda em seu perfeito estado, foi o principal aprendizado. A mulher que poderia ter se calado, diante de diversas agressões, apropriou-se da sua condição de vida, se fazendo humana, mesmo quando rotulada. Conforme Costa, (2024a), pontua, entende-se “que se apropriar sobre nossa saúde mental implica a apropriação sobre nossas próprias vidas e condições de existência” (Costa, 2024a, p. 19).

Matilda, entende que o que chamam de ausência de saúde mental, diz respeito à sua condição concreta de existência: a pobreza, a falta de moradia, o desemprego e, em sua especificidade, a tutela. A mãe de Steve está sempre destinada ao que os outros entendem e querem sobre ela, mas nem com isso, ela se silencia frente às condições alienantes de sua vida.

Entende que para “sobreviver” e “ter nossa vida um dia”, depende de casa, comida e direito garantido. Quando se depara com outras violências se defende, mesmo que seja uma figura social de “autoridade”, como os médicos que constantemente foram agressivos com ela:

Sim, mas a mulher era doida, ela queria me internar no hospício, bicha doida ela, e ela cobrou não sei tantos mil reais pra fazer um laudo de mim com um monte de folha.

Aquela bicha velha do óculos do "garran". Eu não gosto dela nem na cara dela, nunca vi a cara dela e ela olhou pra mim e falou eu sou doida varrida igual meu pai. Eu falei: ‘Oxi, e quem que cuidar dos meninos?’. Ela é louca, varrida. Ela é doutora? Eu fiquei me pensando se ela é doutora mesmo. Mas a bicha é doida mesmo, meu irmão. Mas aí depois eu não quis ir mais pra lá não. Porque ela queria botar, eu no internar eu.

Deus o livre, e ela fala: ‘Me respeita, eu sou piscaltra’. Eu falei, vixe, de onde que essa mulher é piscaltra? Por isso que eu tô te falando, minha irmã. Aqui as pessoas escutam, são profissionais. Se aqui tivesse um doido como ela... Ou mas teve um tempo que tinha, tinha... Mas aí foi se embora, ainda bem. Ou tem lugar que tem gente doida mesmo, doido varrida mesmo. Quer internar você, do nada. Pensa que nois tamos nos tempos do meu pai... e o meu pai ainda fugiu foi duas vezes, lá de Terezina, duas vezes ele fugiu.

Ora, seria “doido” aqueles que não vêem saúde mental em Matilda, pois ao escutá-la é nítido que sua saúde mental nunca esteve tão preservada. “Tudo era culpa minha, tudo eu errada, mas um dia a verdade descobriu que eu falo verdade, que eu no sou doida.”

Para além da genitora de Steve, a reivindicação enquanto afirmação de saúde mental, é evidenciada em todos os adolescentes e a criança entrevistada. No caso de Kurama, “Romper as amarras de sua alienação submissa” (Martín-Baró, 2017, p. 265), por meio da violência, foi a forma de manifestar sua condição humanizante. A criança que até então não se defendia, era

tranquila e quieta, se revoltou com a forma que vivia o ambiente educacional. Então, foi reduzido ao sujeito violento:

Aí, mas tudo começou por causa da professora dele. Ele era um menino tranquilo, nunca tinha dado nenhum tipo de crise, nenhum assim. Ele só tinha o choro dele espontâneo. De vez em quando dava umas crises de choro, mas só choro, nada de ser uma criança agressiva e de ficar do jeito que ele ficou. E um dia ele foi para escola e a professora pegou e, ele falou que ele terminou o dever e a professora falou para ele que ele ia brincar de um determinado brinquedo. Ele falou: ‘Não, não vou brincar com isso aí porque eu não gosto.’ E ela: ‘Você vai brincar porque quem manda na sala sou eu.’ e rumou o livro na mesa. Nisso ele falou que se assustou e que no que ele assustou, ele pegou e foi para cima dela para tomar a caixa, porque ela estava rumando o livro, né? Para tomar o livro. (Genitora de Kurama)

A partir desse momento, Kurama foi ainda mais vítima de violência e, toda vez que reagia, era ainda mais violentado. Não seria a tentativa de se proteger a forma mais sadia de encarar tantas agressões? Não relativizando a violência, mas entendendo que a agressividade como defesa em Kurama, nos revela a preservação da sua condição de humano. Aquele que se revolta diante das condições desumanas que lhe foram postas. Conforme Wilson Coutinho Júnior (1984) pontua: “Enquanto pudermos observar nos hospícios a rebeldia, a agressividade, a agitação, podemos ter a certeza de que a saúde do indivíduo psiquiátrico ainda fala através de uma linguagem psicopatológica” (Coutinho, 1984, p. 86)

Claro que a escola, fundamentada na psicologia e psiquiatria, utilizará das contestações do Kurama, para justificar ainda mais o seu diagnóstico. Essa é a forma histórica destinada ao louco: utiliza-se de agressão e quando esse torna-se agressivo, pelas condições que vive, é

reduzido ao rótulo. A condição de saúde mental de Kurama nunca esteve tão preservada, quanto no momento em que ele se defende, em que fala das inverdades para os pais e quando conta as violências que passou.

Claro que a criança que reivindica ou que discorda do adulto será dominado por mais um diagnóstico. Não à toa, atualmente vemos a presença do diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador (TOD), definido pelo DSM V como “um padrão de humor irritável/raivoso, comportamento argumentativo/desafiador ou vingativo, com duração de pelo menos seis meses” (American Psychiatric Association, 2014, p. 474). Tendo uma “teimosia persistente”, desafiando regras impostas a eles e discutindo com os adultos, compreende o sujeito com esse diagnóstico com um único destino: ser aprisionado ao desejo do outro, o outro superior - seja pela diferença de classe, seja pela idade ou por sua (des) razão (Agostini & Santos, 2018). A surpresa ao longo das entrevistas, foi de perceber que os sujeitos entrevistados não carregavam o rótulo de TOD, mas que facilmente, seguindo a linha de sintomatologia (criticada no tópico anterior), a rebeldia seria tomada como mais uma forma de silenciamento.

Compreendendo a rebeldia como o não silenciamento frente às opressões, evidenciamos que os sujeitos ditos “rebeldes” são nomeados por determinadas instituições: a instituição familiar, a instituição escolar, a instituição médico-psiquiátrica e, a instituição religiosa. Sendo assim, seguindo a linha de raciocínio de Coutinho (1984), “É através das instituições família, escola e igreja que o sistema de reprodução capitalista consegue produzir o seu discurso e prática” (p. 121). Acrescentamos mais uma instituição, entendendo que a ideologia hegemônica capitalista, toma posse de tais instituições na tentativa de dar continuidade a condição alienante de classes oprimidas, favorecendo os discursos individualistas e de mortificação dos sujeitos no MPC (Coutinho, 1984). Nesse caso, a escola como vimos anteriormente, ocupa lugar importante

de normatização dos sujeitos, bem como as práticas médicas e psis. A família, também oprimida, corrobora na formação de sujeitos ideais para os meios de produção da sociedade, criando filhos “obedientes”. A religião, que agora abordaremos, destina-se para aqueles que não aderem o seu discurso, o “maligno”, o “tomado pelo demônio” ou até mesmo “aquele que pagará o preço no inferno”.

Não só tomando o caráter da defesa na rebeldia, consideremos aqui uma outra forma apresentada. Ekko, durante a entrevista, relatou a redução que a genitora tem em espaços religiosos, pontuando que efeitos “domésticos” (barulhos na casa) foram nomeados para a religião como algo da ordem espiritual. Durante sua fala, Ekko era corrigido pela mãe, como se fosse “um pecado” discordar do instituído, nesse caso a igreja evangélica:

Minha mãe acred, parou de tomar o remédio e acreditou nessas porcarias de religião, de desses pastorzinho, como chama? De facebook. Acreditando.. Coisa que só gente burra e alienada acredita... E acreditando, eu falei, Mano, se ele fosse de verdade. Se ele fosse bom de verdade, ele não pedia dinheiro para tu. Povo é muito ignorante. Fica creditando e não tem o mínimo de raciocínio, minha mãe acredito nesses cara aí, é? Ela fico.. Fico vendo muito tipo, acreditando. Barulho de madrugada de rato, barulho de madrugada dos cachorros, é tudo coisa maligna e acreditando nisso. E ela.. Ela Foi parar no hospital por causa disso.

O que Ekko questiona é o uso da religião como forma de alienação, contrariando o que os “pastores” dizem, afirma sua condição de existência enquanto humano, se rebelando contra a religião que até então frequentava. Não deseja estar e ver sua mãe na posição de objeto de algo ou alguém, crítica, denúncia e revolta. O uso da religião como mais uma forma de controle e culpabilização do sujeito, não é novidade no campo da saúde mental, sobretudo no que

se refere ao campo da saúde mental e drogas. O garoto, dito como “teimoso” ou falador “de besteira”, ao questionar a instituição religiosa, não se faz objeto de dominação e afirma em sua revolta, sua apropriação enquanto ser humano.

Sendo humano e demandando cuidado humanizante, Ekko assume sua rebeldia na escolha da própria religião, afirmando um novo destino para sua construção de sujeito e se identificando com a religião “Wika, wika”, que segundo o mesmo, faz parte do satanismo. Apesar de ainda ser uma religião e, como pontuado acima, é uma das instituições de controle, Ekko se identifica enquanto sujeito e de valorização da sua vida. Ora, o problema não é ter uma religião, mas é o que hegemonicamente as religiões fazem com os sujeitos, que conforme Goffman (1987) argumenta, as instituições religiosas utilizam de mecanismos que limitam a liberdade e mantêm os indivíduos subordinados a um sistema de normatizações, uma instituição total, como os manicômios e prisões, favorecendo a mortificação do indivíduo (Goffman, 1987).

Associado a tais instituições de controle da/na sociedade Brasileira, construídas a partir de violências colonizadoras destinadas, sobretudo, ao povo negro e indígena, as normas impostas também atravessaram Yara, determinando que ela não “deve se revoltar”. Desde o processo de colonização do território brasileiro até os dias atuais, os povos indígenas são vítimas de violência físicas e simbólicas. Quando se rebelam ou reivindicam seus direitos, são desumanizados.

Em oposição ao ideal civilizatório europeu, os indígenas resistem à marginalização e à negação da sua identidade. O termo “agressivo”, usado para descrevê-los, deslegitima suas resistências históricas. Essa rotulação reforça o imaginário colonial que associa os indígenas como “selvagens” e mascara as violências estruturais que eles enfrentam. Contudo, ao denunciar as práticas de um Estado que historicamente os oprime e legitima sua morte, os povos indígenas

reafirmam sua condição humana, oposta à condição de alienação (Andrade et al., 2022). Yara se reafirma enquanto humana ao questionar o ensino na sala de aula e ao distanciar-se do CAPSi, onde é rotulada como “agressiva”. Sua resistência às “mortificações”, representam um ato de rebeldia que é afirmar sua humanidade.

Ora, fica nítido o caráter dialético da rebeldia da criança, dos adolescentes e dos familiares entrevistados - inclusive como manifestação de saúde mental. Ao contrário do que se evoca, como atos desviantes e da ordem individual-biológica, diante de tantas violências históricas e culturais, físicas e simbólicas, se revoltar e rebelar é vocalizar o grito de vozes historicamente dominadas e controladas. Apropria-se então da violência destinada a eles, para que, em ato, afirmem a sua condição de humano e que, portanto, precisam ser respeitados como tal. Assim, os sujeitos afirmam sua saúde mental na e pela rebeldia. Conforme Viegas (2023) pontua, ao analisar as obras de Maria Helena Souza Patto, “[c]onectada à dialética, o olhar volta-se às formas de submissão e de rebeldia frente a um sistema violador da dignidade humana, à procura, por certo, de contribuir para uma ruptura radical” (p. 65). Ou seja, através da revolta, do não silenciamento frente às condições desumanas de “existir”, é possível encontrar um cenário que nos aproxime da ruptura de violências. Não compreender a rebeldia desta forma, é violentar uma vez mais quem por ela denuncia a(s) violência(s) da(s) qual(is) é alvo.

O que constatamos inúmeras vezes ao emergimos nas histórias de vida e itinerários terapêuticos das referidas crianças e adolescentes e suas famílias é uma realidade invertida, na qual cuidado é, em grande parte, violência, ao passo que aquilo que poderia ser escutado, acolhido e potencializado como cuidado (a denúncia e reação de quem é violentado) é tido como violência, sendo, portanto, silenciado. Ao ser (psico)patologizado e, em geral, lido e tratado como anomalia e desvio, num sentido negativo, pejorativo, não se questiona a própria

anormalidade normalizada de nossa sociabilidade. Nisso, uma vez mais, tomamos o que pode ser manifestação de sujeitos se reafirmando humanos ou ao menos denunciando a sua desumanização como doença, e não como saúde mental.

Yara, por exemplo, apesar de ter acessado o serviço e ter recebido acolhimento, passou por situações desconfortáveis e agressivas no CAPSi:

Né porque o povo pensa que índio não pode surtar. Aí ela vinha, tinha uma, ela encontrou uma psicóloga lá no CAPSi, né? Nos primeiros, ela não tem mais atendimento com essa, porque ela não gostou, porque ela, é, acho que fico perguntando muita coisa. Negócio de índio, essas coisa aí que Yara ficou muito agressiva, essas coisas e. Aí eu, a gente foi lá, não, a gente não quer mais que ela atenda a Yara. Que Yara tá precisando é de ajuda, das pessoas que entenda ela, né? (Iemanjá- Genitora de Yara).

Por conta disso, ela optou por não mais frequentar os dispositivos de cuidado com os outros, bem como o atendimento de determinados profissionais. Apontado por Yara, Iemanjá e Jurema, o acesso dos povos indígenas ao cuidado em CAPSi, é limitado, seja pela própria construção histórico social, pelos preconceitos e pela não acessibilidade aos territórios:

É até difícil porque lá no CAPSi diz que nunca tinha chegado um índio. Com problema assim, igual o dela, né? Eles nunca tinham tido atendimento, indígena atendido, né?... Porque eu acho que eles estão fazendo também o que eles pode, né? Que porque quando a gente, eu não vou criticar o CAPSi, porque eu não tenho o que falar mal deles. Né.

Eu acho que. Precisa de mais divulgação, né? Que eles procure as comunidade indígena que tem aqui mesmo no DF. Porque eu cheguei lá, porque eu já tenho uma mente, como meus parentes falam, né? Fala pra mim, Ah, porque tu? Que eu aceito muita coisa, né? Então eu acho que precisa sim, tipo. Fazer uma palestra de saúde mental, eles mesmo,

né? O CAPSi organizar uma palestra de saúde mental dentro da das comunidades daqui do (território que residem). Porque vai que ele com aquilo que eles estão falando que não, que não é, que não é sem-vergonhice, que não é pessoa criar os filho mal-criado. Incentive outras índia a procurar também e a falar do mesmo problema que eu estou passando, que elas passa calada e eu não posso fazer nada e ninguém pode fazer nada porque é índio, né? Talvez eles incentivam, fazem incentivo, de outras, mãe, quanto aos problemas que o filho também tão passando. Eu acho que isso. Isso que falta né, pra, pro atendimento assim, chegar nas comunidades indígenas pra outras pessoas também. Porque é difícil quando, você criar coragem e contar o problema do seu filho prum médico lá longe, pruma pessoa estranha. (Iemanjá).

Ultrapassando o distanciamento simbólico dos serviços CAPSi com a realidade dos povos indígenas, o território físico dos serviços de atenção psicossocial infantojuvenil também está longe da residência de todos os entrevistados. Inevitavelmente, os dispositivos pensados em articulação territorial e comunitária, encontram-se com dificuldades de alcançar o princípio que os rege. O descaso do governo do DF com os serviços da RAPS já foi trabalhado na introdução do atual trabalho, mas evidencia-se, novamente, que a atuação passa a ser fragmentada com as limitações reais que os CAPSi's se encontram (DF, 2022a; 2022b; MPDFT, 2023). Em suma, nos casos analisados, em especial no de Yara, temos a desconsideração e a negação do território, por serviços que, em tese, prestam assistência de caráter territorial-comunitária. Essa negação do território seria a negação do próprio indivíduo que, afinal, é territorial, se faz no território e o faz território. Assim, temos a própria singularidade de Yara - e dos outros sujeitos - negada, em menor ou maior grau. A questão é que essa negação é negada pelos próprios sujeitos. Contudo,

essa negação da negação, que também é denúncia e manifestação de saúde mental, é lida de maneira negativa, seja como rebeldia, violência ou como transtorno ou doença mental.

O que é possível fazer? Como o cuidado tem sido ofertado? Entendemos, ao analisar as entrevistas, que uma das diretrizes básicas para o atendimento em saúde mental infantojuvenil, tem sido sustentada nos dois CAPSi dos sujeitos entrevistados: A intersetorialidade. Essa prática tem sido fundamental para a circulação dos sujeitos na cidade, garantindo a integralidade e a liberdade como norteadora do cuidado em saúde mental (Scheffer & Silva, 2014). Todos os sujeitos entrevistados são assistidos por mais de um dispositivo formal, conforme elucida a Tabela 4.

Tabela 4

Itinerários Terapêuticos em saúde mental

Sujeito	Serviços em ordem de procura
Kurama	HCB - Conselho Tutelar - CAPSi - HCB-CAPSi
Steve	COMPP - CEPav- Adolescente- CAPSi - Afya (Ipmed) - HCB - UBS - SUAP - NAFAD-Ministério Público
Ekko	UBS- COMPP - CAPSi- UPA- Hospital de Base (psiquiatria)
Yara	UBS - CAPSi

Nota. Elaboração própria.

As diversas políticas públicas utilizadas pelos sujeitos, nos remetem não só a importância de entender o cuidado da criança e adolescente como intersetorial, mas também como políticas

que foram pensadas de forma fragmentada e parcializada, sendo tratados em cada setor de forma particular - como se fosse possível repartir as condições de existência de um sujeito. Dada essa realidade, é preciso de mediações táticas e estratégicas em tais serviços do Estado, direcionando para a emancipação e garantia de direitos e estando a serviço da garantia de sobrevivência das classes oprimidas (Yamamoto, 2007; Costa & Lordello, 2019).

Nos relatos, os entrevistados não aprofundaram os dispositivos de cuidado ditos “informais”, aqueles que não se operam em políticas públicas estatais. Escutamos a presença de vizinhos no caso de Matilda, mas que raramente aparecem. Para Matilda, ter uma “rede” é uma sorte, pois o diálogo dos dispositivos é difícil:

Matilda: Nós somos uma família com sorte porque somos atendidos pela rede que é a coisa da justiça, só que é muito difícil também conseguir essa rede.

Pesquisadora: Essa rede que você tá chamando é a justiça?

Matilda: A justiça todos os órgãos que participam de reunião que tratam de assuntos daquela família específica.

Pesquisadora: Então, que participam, a sua rede assim...

Matilda: Justiça, defensoria, promotoria, CAPSs, escolas, postos de saúde que não tamo indo mais reunião, não tão mandando ir representante, Hospital da Criança, o Afya iPMED já tá começando a mandar o representante, tanto é que depois que disso, começaram as duas.. uma linha nova de investigação pro Steve que possivelmente tão trabalhando na hipótese dele F29. E... Conselho Tutelar, o CREAS espera pra tá mandando representante e não tá mandando e qualquer outra coisa que surgir, que nois tiver aqui, tipo... tipo, tipo, APAE , tem que, quando tiver reunião que vai tratar da nossa família eles tem que ir pra juntos pensar em como que faz alguma coisa.

Entender a necessidade do diálogo das instituições é ultrapassar o campo da infância e

adolescência, é alcançar o cuidado do sujeito como um todo e entender que as mediações táticas devem ser pautadas na realidade concreta de cada sujeito. Dessa forma, a fala de Matilda “Nem todo mundo tem direito de ter uma vida, pensam né” é certa ao pensar no território brasileiro, que justamente destina a mortificação de determinados sujeitos. A intersectorialidade, enquanto estratégia, surge como uma resposta necessária à complexidade da condição de vida e sofrimento dos sujeitos, especialmente no contexto das desigualdades que assolam o território brasileiro.

Neste sentido, a partir da leitura de Costa (2023), no que diz respeito ao caráter social da loucura, Marx, em 1859, já apontava que no capitalismo o modo de produção de vida é baseado na desigualdade, não só econômica, mas nos desdobramentos de existência dessa, como as condições materiais de viver (Costa, 2023). O que Matilda nos mostra é exatamente o “sofrimento” que é expressado em extrema pobreza, na falta de alimento e de um lugar seguro para se viver:

O governo não dá nem casa para as pessoas que precisam de verdade nem bolsa sua família para que precisa de verdade eu não ganho eles vão fazer essas coisas boas? Vai não não pensa, não pensa mermã... Que nem colégio, os colégios podiam ser bons mas não são bons porque não pensam como ser os colégio bom. Eu já pensei isso muitas vezes, eu tenho muitos pranos. Se eu fosse ricona, ricona de muita grana muita, muita, muita, eu ia fazer essas coisas, só que quando eu morrer quem que ia fazer as coisas depois? Esse é o problema, eu não sou nem ricona!

E nos toma remédio, deveria tá comendo né, eu não consigo... Uma coisa de cada vez, mas uma hora a gente vai conseguir... Das 20 às 21, é porque depois das 21 nós tomamos remédio.

A gente morava lá na casa do telhado quebrado. O ali foi ruim mesmo que chovia muito, dava choque nas paredes. Tu sabes o que está chovendo e tu ir lá para debaixo da

lavanderia, do lado de fora, com a sobrinha, com os meninos? E os outros a ficar te julgando, criticando ele, te julgando te achando louca, ‘vai pra dentro de casa’. Se eu fosse pra dentro de casa dando choque, é aí eu desligava. Eu não sabia o que era, uma pessoa que me ensinou. Te liga os bichinhos aí, para de dar choque. Aí foi quando eu comecei a ficar em casa, dentro de casa, de boa. Só que aí apareceu as cobras, num é Steve, a cobra enorme em cima do forro. Aí a mulher da justiça chamou a polícia ambiental para pegar a cobra no dia que eles foi...Cadê a cobra?

A contribuição de Marx no entendimento da loucura, é justamente seu caráter social e histórico, refletindo os modos de produção de uma realidade concreta: o MPC e suas particularidades nas respectivas formações sociais, como o caso do Brasil e seu caráter colonizado, dependente (Costa, 2023). Isso não anula o fato de se expressar em cada sujeito de uma determinada forma, inclusive podendo ser originada por algum entrave psíquico, mas justamente do lugar dialético do universal-particular-singular da loucura, na maioria das vezes esquecida. Não só Marx, como Fanon nos aponta a importância de pensar o caráter social da loucura, com a sociogênese da loucura, entendemos que o terreno em que se expressam manifestações singulares, não é a-histórico (Fanon, 1968).

Sendo assim, todos os entrevistados podem ter de fato alguma dificuldade singular ou da ordem “psíquica”, entretanto esses sujeitos vivem em uma realidade concreta que corrobora com a intensificação de processos de sofrimento. Destacando aqui a infância e adolescência, encontramos facilmente na sociedade discursos que negam o sofrimento e que ainda mais, negam que sejam impactados pela forma que vivem. Aposto que o leitor já escutou as seguintes expressões: “Você não tem idade para sofrer”, “Você não sabe o que é problema de verdade”, “Você não tem responsabilidade nenhuma e não sabe o que é verdade”. A mensagem implícita

nessas expressões, é clara: crianças e adolescentes não percebem como vivem e por tanto são insignificantes, não históricos e a-sujeitos.

Essas práticas discursivas não apenas invalidam o sofrimento de crianças e adolescentes, mas a descontextualizam e caem por terra nessa pesquisa. Todos os entrevistados apontaram que para além do sofrimento singular, são atingidos pela condição que vivem. Crianças e adolescentes percebem como vivem e o que a sociedade os coloca. Ekko afirma que amadureceu rápido demais, não viveu a infância e adolescência romântica, aquela que é destinada para filhos das classes burguesas. Yara sofre pelo histórico destinado ao seu povo indígena: excluída, rotulada, violentada. Steve, demonstra o impacto de não ser escutado, de não ser alimentado, de não ter uma casa e não ter privacidade. Em Kurama, se produz o “louco perigoso”, aquele que em sua essência nasce mal, anulando todas as violências que viveu.

Conforme citado no capítulo anterior, práticas hegemônicas no campo da saúde mental corroboram com o lugar social da loucura, como o ser alienado e que deve ser excluído, silenciado, domado, patologizado e coisificado. Entretanto, com os relatos dos entrevistados, alguns dispositivos são alicerces para produção de vida mais humanizada dos sujeitos, superando as individualizações tradicionais do campo da saúde mental. Conforme Matilda pontua, dispositivos devem ser pensados para além do resgate da cidadania, mas também como um suporte para não alienação do sujeito a sua condição desumanizante:

Porque... no mundo tem muitas pessoas igual e pior como o genito dos meninos. Sabe violência doméstica? Estrupamentos? Espancamentos e tudo de ruim? É mermã... né bom não. Mas olha, se todas as pessoas que precisam de ajuda pudesse conversa com dona (Nome da profissional)... Ia ter esperança de ter um vida, porque eu senti esperança nela. Eu num vô mnti pra tu não, eu amo ela! Do meu coração, eu amo muito ela, mas porque

ela me deu esperança de eu ter uma vida e eu tenho essa esperança até hoje.

Para além de um acolhimento, ao longo da entrevista com Matilda percebemos que, infelizmente, as práticas médicas e do campo psi, são utilizadas como forma de acessar condições de vida mais humana. Em diversos momentos, Matilda atribuiu aos diagnósticos o acesso à garantia de direitos, através de benefícios e auxílios, entende que o rótulo é o que fez ter uma vida. Vida material, aquela que todos deveriam ter, sem a necessidade de uma prática para garantia. Reivindicamos então, que se precisa de diagnóstico não é garantia de direito. É mais uma prática de controle do Estado, que disfarçado como algo positivo, coloca os sujeitos submissos às normas e ordens sociais.

Eu penso rótulo pode salvar a sua vida ou deixar você ter uma vida, uma vida. Tu entende o que é isso? Uma vida? Uma vida... Nem todo mundo tem direito de ter uma vida, pensam né, mas eu quero ter minha vida, e eu quero que os meninos tenham vida... Fazê uma família se eles quiser, que eu acho difícil, talvez o Steve. Mas eu penso isso, sabe? E eu quero que as pessoas respeite eles, eles respeite as pessoas e eles sejam bons, as pessoas sê bons com eles porque a vida da gente já é muito difícil, imagina você não ter um trabalho, não tem grana, é mais difícil. (Matilda)

Em consonância com os dispositivos que propiciem práticas libertadoras, o CAPSi ocupou lugar central nos discursos dos participantes da pesquisa como um local que permite condições de existência, existência concreta (comida, casa, lazer) que atravessa a singularização desses processos. Um dispositivo para a sobrevivência e produção de vida, como Steve coloca “Uma das melhores psicologias, uma das melhores coisas para ajudar e restaurar, a energia, a confiança das pessoas, que já foram maltratadas, sabe?”. Sendo assim, até o presente momento trabalhamos três eixos atribuídos ao CAPSi: 1) O processo de diagnóstico e medicação,

aprofundados no capítulo anterior; 2) Acolhimento, comida e casa; 3) Identificação com o outro semelhante ou outro excluído. Esse último aspecto, trabalharemos a partir de agora.

Os entrevistados, destacaram com frequência que, encontrar outras pessoas “como eles” no CAPSi é um dos aspectos que mais gostam no serviço. Esse dado pode ser interpretado como a construção de um espaço de pertencimento, onde se ecoam as experiências singulares no coletivo.

Aí quando chega você encontra pessoas igual você. E no colégio você não tem amigos, você pode fazer um amigo aqui... Você tem que participar de coisas que te entende. Se você está no lugar onde não te entende, faz que nem um meme, se o meu filho não é bem-vinda. (Matilda)

Seria o centro para ajudar (inaudível), que estão , passando por situações ruim ou às vezes não ser maltratado pela família, mas o pessoal não sabe. É um lugar muito importante para esse tipo de jovem (Ekko).

Apontamos aqui uma dualidade do sentimento de pertencimento. Primeiro, concordamos que a necessidade de se sentir parte é de extrema importância para aqueles que historicamente foram excluídos. Entretanto, em segundo momento, questionamos se encontrar pessoas iguais não reforçaria os estigmas sociais. Este apontamento caminha em direção ao que Steve relata como “um lugar bom para qualquer pessoa”, mas que como Yara aprofunda pode ser cansativo em sua monotonia: “é porque eu só cansei mesmo, né? Mesmas pessoas, mesma coisa todo mesmo dia, tudo a mesma coisa, toda semana. Não muda nunca. Fica chato.” Nesse sentido, caminhamos para uma segunda questão: O que faz um CAPS ser um CAPS?

Diante disso, torna-se fundamental compreender que o CAPS surge como um serviços substitutivos ao modelo de instituição asilar manicomial. Em outras palavras, os CAPS se

estruturam em oposição às práticas e instituições de aprisionamento e isolamento dos sujeitos, características das instituições psiquiátricas tradicionais (Amarante & Torre, 2018). A partir da reforma psiquiátrica brasileira e dos processos de desinstitucionalização, voltados para o fechamento dos manicômios, novas formas de lidar com o “louco” passam a ser delineadas em âmbito político assistencial. Essas mudanças estruturam-se em torno de princípios como a liberdade, o cuidado territorial, articulação de diálogos intersetoriais (dispositivos estatais e dispositivos comunitários), e sobretudo, a centralidade do sujeito no direcionamento do tratamento (Amarante & Torre, 2018; Ministério da Saúde, 2005).

A partir disso, pensar em um CAPS é automaticamente pensar em um serviço de caráter comunitário-territorial, que acolhe as diferenças e que constrói sua terapêutica na/com a cidade e com o frequentador. Nesse sentido, a existência de um espaço destinado a determinados diagnósticos, sintomas e manifestações de sofrimento, por si só, não caracteriza um serviço como CAPS. O que o faz é justamente sua diferença e sua circulação social, construindo o cuidado com o outro, para o outro e entre outros. Conforme Amarante & Torre (2018), aprofundam “o papel dos CAPS passa a ser o de buscar sempre a tendência à abertura, à construção de possibilidades no território, no bairro, na vizinhança, e de diálogo com os movimentos sociais e grupos da diversidade cultural.” (Amarante & Torre, 2018, p. 1104)

O que faz um CAPS não se limita às pessoas que ali trabalham, ou que ali são atendidas. O CAPS ocupa uma função social, histórica e política de rompimento com tudo aquilo que aprisiona o sujeito de ser e existir. O CAPS por si só é revolucionário, pois pensar em liberdade é pensar em toda oposição ao Sistema do MPC, que se opera na lógica de controlar, limitar e aprisionar os sujeitos. Portanto, o cuidado em CAPS é um cuidado que rompe com as estruturas capitalistas. Claro, que isso não anula o fato de encontrarmos por aí práticas hegemônicas de

controlar os sujeitos, entretanto uma prática não anula a função social de um serviço e deve sim ser questionada e extinta.

À vista disso, destaca-se que todos os CAPSi do DF, se apresentavam com uma espécie de cardápio em que o sujeito que seria acolhido deveria estar necessariamente nos seguintes espaços: grupo de TEA, grupo de adolescentes, grupo de pais, grupo de TOD, entre outros. Somente um CAPSi apresentou maior disponibilidade para o encontro do singular, do diferente, não homogeneizando os sujeitos com os mesmos diagnósticos, mas entendendo que a dinâmica do CAPSi é a da circulação. Esse CAPSi, operava pela lógica do Coletivo de Jean Oury (2009), que caracteriza como uma lógica institucional, baseado na heterogeneidade, na noção de passagem (liberdade de circulação) e na gentileza enquanto estar atento ao outro e ao favorecimento de encontros (Oury, 2009). Nesses coletivos do referido CAPSi, não existia uma definição de quem frequentaria a priori, construindo junto com os sujeitos atendidos onde e quando queriam estar.

O CAPSi, portanto, deve ser entendido não apenas como um local de atendimento clínico, mas como um dispositivo que promove a circulação dos sujeitos em diferentes espaços sociais e também de implicação em suas próprias questões de vida e de sofrimento. Isto é: alinhados com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, busca-se romper com toda forma de aprisionar o sujeito (inclusive em uma única lógica de cuidado). Deve ser entendido como espaço para processos de conscientização e saídas da condição alienante dos sujeitos.

Nota-se então que é fundamental, romper com os estigmas historicamente colocados sobre aqueles que desviam as normas, os ditos loucos, incluindo a negação de associar esse dispositivo com as instituições asilares-manicomiais. Em tempos de estigmatização desses

serviços, alavancado pela mídia, só quem não conhece o CAPS é capaz de colocá-lo como manicômio, bem como os sujeitos entrevistados afirmam sobre sua compreensão anterior a aproximação:

Cara, a única coisa que eu sabia era tipo que tem o CAPS adulto. E eu achei que seria o CAPS adulto. Cheio de adultos. Aí quando cheguei aqui tava cheio de criança e adolescente (Yara).

Eu tinha ouvido falar esteriótipos... Os estereótipos, tipo falando que era um... um lugar pá, tava falando que era um esteriótipo tipo bem preconceituoso, bem permitiu que era um lugar pá, que é um lugar pa dependente químico, que tinha na minha rua um dependente químico, povo só para pensar que tinha esse. E também é pá.. o também, para a gente, tipo, é.. é problema mental (Ekko).

Não, já tinha ouvido falar, mas de outra forma, entendeu? Vai internar ele, lá é onde internam as pessoas. Tipo assim, lá é um lugar que interna e se internou, você não vai conseguir tirar a criança de lá. Então, tipo, tinha todo aquele entorno... Aí, deixa eu ver, tanto que eu falava assim, quando falava na época para ir no CAPSi, eu falei assim: 'Mas vão internar ele?' Aí, ela: 'Não! Lá não vai internar ele.' Eu falei assim: 'Mas como assim? Quem vai o quê?' Aí, ela: 'Não, lá é uma equipe de profissionais que vai atender ele bem, lá tem psiquiatra, vai atender atendimento semanal pra ele, de acordo com a demanda dele.' Aí, eu vim, tipo assim, seja o que Deus quiser. Espero que não interne (Genitora de Kurama)

Claro que muitos desafios ainda são encontrados nos CAPSi do DF, especialmente motivado pelo claro descaso com a saúde mental e atenção psicossocial que o GDF demonstra, conforme aponta o Relatório Técnico organizado pelo Ministério Público do Distrito Federal e

Territórios (2023), “é o território com a pior cobertura do Brasil por CAPS habilitados a cada 100 mil habitantes” (MPDFT, 2023, p. 5). O mesmo documento, direciona os olhares sobre a inexistência de dispositivos que compõem a RAPS, como os Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento em caráter transitório para crianças e adolescentes e as Residências Terapêuticas. Sobre esse último serviço, no ano de 2024 acompanhamos a implementação de tais serviços no DF. A falta de dispositivo da RAPS, também é percebida pelos sujeitos entrevistados, como Matilda aponta:

Pesquisadora: Me diz... o que que é o CAPSi pra você hoje?

Matilda: É quase minha segunda casa.

Ou se eu tivesse só aquela, aquela árvore com aquele elástico, já dava uma casa boa para mim, eu podia até morar aqui, mas não pode, porque é coisa do governo, não pode dar terreno para quem não, não... mesmo que tu quer vir, não pode, mas um dia vou ter uma casa também, né?

Eu penso que podia respeitar as pessoas, botar no médico, um médico que entende do que é a dificuldade, o transtorno, ou qualquer outra coisa que for a pessoa, e diagnosticar certo e fazer o acompanhamento e tratamento e ter uma vida. Agora, quem não quer cuidar das pessoas assim, é que é o problema, sabe? Ou podia ter uma lei com a casa dos velhos, não tem? Uma casa das pessoas especiais. Mas o governo não pensa nisso, não.

Analisando as trajetórias dos participantes, constata-se as percepções dos usuários sobre o CAPSi ser um dispositivo relacionado às questões de sobrevivência, necessidades materiais e de convivência. Apesar disso, uma indagação se fez presente nesse processo: poderia o Centro de Convivência emergir como uma alternativa complementar ou mais eficaz de atender as demandas materiais e de convivência dos sujeitos?

Cabe ressaltar que não estamos aqui propondo nada de novo, já que os Centros de Convivência fazem parte da RAPS, no nível de Atenção Básica. Entende-se como Centro de Convivência serviços abertos à comunidade, que atuam na prevenção e promoção de saúde mental, baseado em espaços de convívio social, de produção e intervenção cultural no território vivido. Evidentemente, tais serviços dialogam com os CAPSi, mas pensando nas condições de existência concreta dos usuários e da promoção de autonomia como fundamental nos princípios da Reforma Psiquiátrica, é de fundamental importância aspirar sobre locais que os sujeitos possam frequentar quando desejarem, possam utilizar desses espaços para além de formatos pré - disponibilizados, que possa ser usado pela rede formal e informal e que todos possam fazer uso do espaço no seu dia a dia, para uma comida, um banho, um lazer, um trabalho ou se encontrarem com outros e coletivamente construam espaços de reivindicação.

Leão & Lussi (2021) apontam os Centros de Convivência como um espaço de fortalecimento de vínculo social, enfrentamento aos estigmas de sujeitos frequentadores do CAPS e a reinserção dos sujeitos na comunidade e no trabalho, por meio das cooperativas sociais. O fato de serem pensados para além dos sujeitos usuários de serviços de saúde mental, como serviços produtores de vida e de circuitos na cidade, nos parece favorecer a cidadania que é constantemente negada para os “loucos”. Não caímos aqui em uma deslegitimação dos serviços CAPSi, mas aponta-se a necessidade de superação de um lugar somente para atendimentos específicos, mesmo que esse tenha sido pensado também para e entre “andanças”. Não seria então a junção do CAPSi com os Centros de Convivência a estratégia que atenderia as demandas materiais e subjetivas dos sujeitos?

Contudo, a despeito dessa relevância, até o momento de escrita desta dissertação, não há nenhum Centro de Convivência na RAPS do DF. E isso não é uma exclusividade distrital.

Segundo o Desinstitute (2021), tais serviços “não tiveram prioridade entre as ações desenvolvidas pela Atenção Básica, após a publicação da Portaria MS 3.088/2011, do Ministério da Saúde” (p. 8). Apenas em 14 de novembro de 2024 que tivemos uma normativa específica sobre os Centros de Convivência no âmbito nacional, a Portaria GM/MS nº 5.738, que finalmente instituiu tais serviços na RAPS.

Ousamos dizer que para a efetiva superação da lógica asilar-manicomial, um serviço não será capaz de se sustentar sozinho, entendendo que o diálogo entre os dois é de fato a garantia de emancipação da condição alienante dos sujeitos. Uma responsabilidade comunitária com a loucura e vice-versa. Uma responsabilidade, efetiva, com as crianças e adolescentes.

Por fim, ratificamos que nos CAPSi, os sujeitos destacam encontrar sustentação para sobrevivência. Encontram comida, casa, afeto e escuta. Se encontram enquanto sujeitos livres. Afirmar que todos os entrevistados possuem saúde mental é romper com todas as possibilidades de objetificação que os mesmos atravessam. É romper com toda a perversidade que lhe foram destinadas e que foi preciso se rebelar. Eles se afirmam e reafirmam humanos, mesmo em todas as condições desumanas que lhe foram postas. Expressam a saúde mental como produção de vida, como fazer viver, ou sobreviver mesmo quando a mortificação é o objetivo de tantas práticas. Existirmos então, se destina ter vida, a produzir vida e se humanizar na vida: “Só que aí a evolução estava tomando seu caminho e hoje pensa como que tu olha ,que olha antes, muito diferente. Profissionais, o lugar hoje tem lanche, hoje as pessoas falam com você, ser humano.” (Matilda).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo abordar os processos de cuidado em saúde mental infantojuvenil no DF, a partir de histórias de vida de crianças, adolescentes e seus familiares assistidos por dois CAPSi do DF e seus itinerários terapêuticos (ou percursos assistenciais). Entendendo que a realidade é processual e, portanto, é andamento, as histórias narradas e singulares, apesar de terem sido usadas como expressão de uma totalidade, são limitadas para a compreensão dessa totalidade. Por outro lado, elas são nossa principal forma de acesso à totalidade; a sua expressão mais concreta. Nisso, as histórias, ainda bem, não tiveram seu fim, estão crescendo e se “desenvolvendo”, não no sentido orgânico de desenvolvimento, mas como algo que ainda não está dado e acabado.

Ao longo da atual escrita, o leitor encontrou a defesa do conceito de uma saúde mental contra hegemônica e que, portanto, deve ser entendido no que historicamente as relações sociais construíram para/com os sujeitos, nesse caso, crianças e adolescentes. Em vista disso, discorreremos contribuições acerca da história da infância e adolescência brasileira e sua relação com o que se expressa na produção de vida desses sujeitos, que por serem entendidos assim, são históricos e sociais. Neste trabalho, não se individualiza ou privatiza a saúde mental, muito menos os sofrimentos. Para isso, buscamos contextualizar o chão que pisamos: como a sociedade brasileira se constitui e se reproduz, aprofundando a infância e adolescência neste território, e as particularidades desse processo no/pelo DF. E sim, afirmamos serem seres fundamentais para transformarmos as formas de controle dos sujeitos dentro do MPC e suas particularidades na formação social brasileira e, nela, do DF.

Para além do resgate do processo histórico de assistência em saúde mental infantojuvenil no Brasil e no mundo, através de uma revisão de literatura focada no DF, foi perceptível a falta de protagonismo infantojuvenil nas pesquisas acadêmicas. As crianças e adolescentes são tradicionalmente tomadas como objetos não somente pelo Estado, mas também por pesquisadores, que mesmo na tentativa de se debruçar sobre o tema, não realizam pesquisas *com* os sujeitos, e sim *sobre* as crianças e adolescentes.

Predominantemente, o que é destinado para o público infantojuvenil se fundamenta na institucionalização da violência, seja em instituições privadas (ex.: família) ou em instituições públicas (formas e informais). Portanto, os sujeitos tidos como “desobedientes”, “rebeldes”, “agressivos”, “inquietaos”, “quietos demais”, nada mais é que uma reação ao controle histórico e singular dos seus corpos. Reagir, com o que o campo psi denomina como sintomas e “sinais de alerta”, para nós é a afirmação de sua saúde mental, de sua condição de humano e não “coisa”. O que não reage, que não sofre, que não sente fome e que não fala (ausência de todas as formas de linguagem), são coisas; objetos.

A trajetória da pesquisa, buscando entender o percurso assistencial de crianças e adolescentes no DF, nos levou às suas histórias de vida. Histórias marcadas por violências e que, apesar de serem retratos singulares, nos mostraram as particularidades que atravessam o ser humano em nossa sociedade. Perpassando o ambiente educacional, o ambiente religioso, o ambiente familiar e territorial, as crianças e adolescentes continuam sendo alvo de violências na sociedade brasileira. Entretanto, a partir dessas e histórias e com essas histórias, foi possível apreender a função da rebeldia enquanto afirmação da saúde mental e de humanização daqueles que são, historicamente, desumanizados: eis os sujeitos alvos de violência se voltando contra as violências que os constituem, tornando-as os seus alvos; eis a dialética do objetificado

demonstrando-se e se reafirmando sujeito; eis a reafirmação da saúde mental como sintoma da produção de vida.

A partir disso, buscando defender as crianças e adolescentes enquanto sujeitos e, permitindo espaço de voz para os mesmos, essa pesquisa contribui nas reflexões dos conceitos e práticas em saúde mental infantojuvenil, principalmente aos serviços da RAPS que se voltam ao cuidado de crianças e adolescentes do DF. Por serem dispositivos originados em uma luta histórica de promoção de liberdade dos sujeitos, a sua ética deve questionar e contrariar toda forma de aprisionamento do sujeito. Neste sentido, a educação também aparece como fundamental neste trabalho, que mesmo ao apontarmos questões históricas de controle com crianças e adolescentes, é defendida como um projeto de emancipação das classes oprimidas. É preciso que os serviços da RAPS e da educação se coloquem radicalmente contra o capitalismo. Se não fizerem, continuaremos reduzindo processos sociais à processos individuais. Logo, estaremos manicomializando, diagnosticando, estigmatizando, medicalizando e silenciando.

Buscamos entender a intersetorialidade como estratégia fundamental para o cuidado e garantia dos direitos dos sujeitos, apesar de contraditoriamente, elas serem pensadas de forma fragmentada. Esse diálogo caminha em direção da saúde mental como produção de vida e que consequentemente tem relação com as políticas de moradia, de alimentação, de educação, de transporte, de saneamento básico e *todas* as outras. Encontramos, nitidamente, um cenário de precarização dos trabalhadores das políticas, mas que não caiamos no apagamento da relação desse processo de sucateamento sendo o objetivo central do MPC. Entretanto, apesar das condições precárias de trabalho, o estudo aponta a necessidade de novas formas de cuidado serem pensadas nos dispositivos da RAPS, garantindo uma perspectiva de cuidado implicada nas questões concretas do viver e nas condições sócio - histórico - culturais e econômicas dos

sujeitos. Fica nítido na pesquisa, a reprodução de práticas violentas destinada às crianças e adolescentes e também aos povos indígenas. Com a falta de aprofundamento e escuta das condições que a população indígena Guajajara do DF vivem, os dispositivos correm o risco de perpetuar e reproduzir práticas históricas que silenciaram esses sujeitos. Não basta o acesso formal aos serviços, é preciso pensar na qualidade do serviço que oferecemos.

Romper com uma sociedade que coloca condições alienantes para os sujeitos é necessário e deve ser o horizonte para todos aqueles que entendem que saúde mental extrapola os muros do individual. Tal perspectiva, também foi encontrada no estudo com a compreensão dos sujeitos sobre a função do CAPSi em sua vida, porém foi dialogada com outros dispositivos assistenciais da RAPS que permitem outras formas de inclusão e circulação dos espaços. Acreditamos nas andanças do local social da loucura, vislumbrando um cenário construído na, para e com a comunidade e que, permita novas formas de organizações coletivas para condições de vida mais humanas e mais humanizadas.

Futuros estudos poderão explorar os dispositivos clínicos de cada CAPSi no DF e a ausência de informações sobre os sujeitos atendidos na RAPS, buscando aprofundar a determinação do MPC sobre as vidas de crianças e adolescentes, sobretudo quanto à sua saúde mental. Contudo, para isso, devem se ancorar na escuta desses sujeitos, aprendendo suas singularidades. Almejamos encontrar por aí outras pesquisas que garantam o lugar de protagonismo infantojuvenil sobre o próprio cuidado e suas histórias de vida; que a partir de agora, o investimento acadêmico não seja de adultos falando por crianças, mas que transmitam como as crianças vivem, dizem e sentem, a partir dos próprios discursos.

Por fim, encontrar histórias de vida como a dos entrevistados, foi um ato transformador e que reafirma meu compromisso como psicóloga, pesquisadora e militante da saúde mental

infantojuvenil e antimanicomial. Espero que o leitor tenha sido inspirado por essas trajetórias de vida. Uma limitação é clara: nunca expressarei o significado de ver e conviver com tantas histórias perversas e que ainda sim, podem ser entendidas como “uma vida bonita”.

Eis a Yara, mulher indígena guajajara, adolescente, estudante, gosta de maquiagem, tik tok, chanduca e muito mais. É o Kurama, criança de território periférico, que gosta de comer ketchup no sachê, coxinha, assistir filmes, jogar bola e mais. O Steve, adolescente, estudante, filho mais novo da Matilda, gosta de gravar vídeos no youtube, sorvete, hambúrguer, memes e jogos. É o Ekko, adolescente do 3º ano do ensino médio, morador da território periférico, jogador de Lol, leitor de revistas em quadrinhos e conhecedor das ruas do seu território. Eles são muito mais que essa dissertação inteira e, portanto, suas histórias não se resumem ao que foi escrito aqui e continua sendo trilhada por aí.

REFERÊNCIAS

- Agostini, V. L. M. L., & Santos, W. D. V. D. (2018). Transtorno desafiador de oposição e suas comorbidades: um desafio da infância à adolescência. *Psicologia. pt. fevereiro*.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!”-reforma psiquiátrica e participação social: Do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*, 52, p. 1090-1107. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Andrade, L., Mauch, A. G. D., Coasta, J. E. M., Silva, K. M., Almeida, L. L., Araújo, S. L., Souza, S. P. D. E., Nunes, T. A. R., & Souza, V. R. (2020). A utilização das redes sociais digitais no cuidado psicossocial infantojuvenil, diante da pandemia por Covid-19. *Health Residencies Journal*, 1(2), 44–61. <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i2.12>
- Andrade, R. A. O., Moret, A. S., & Fernandes, E. R. (2022). Relações entre estado, indigenismo e povos indígenas no Brasil: Tragédias, etnocídios e resistências no século XIX e XX. *Revista Saberes da Amazônia*, 7(13), 27-52.
- Arantes, B. V. (2018). *Relato de experiência vivenciada com a saúde mental e situações de álcool e outras drogas de um grupo de adolescentes: Conhecendo sobre as demandas*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <https://bdm.unb.br/handle/10483/20683>
- Arce, V. A. R. (2014). Fonoaudiologia e saúde mental: Reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. *Revista Cefac*, 16(3), 1004-1012. <https://doi.org/10.1590/1982-021620146613>

- Arruda, J. S. , & Passos, R. G. (2017, outubro). O caso de Antônia e a medicalização do corpo lésbico numa instituição de atendimento socioeducativo. *Interfaces Científicas-Humanas e Sociais*, 6(2), 233-242.
- Barros, S., Ballan, C., & Batista, L. E. (2021). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS: Caderno de textos*. EEUSP.
- Bezerra, K. (2014). *Prevenção do uso de álcool e outras drogas entre adolescentes. Plano de intervenção para uma unidade básica de saúde do Distrito Federal*. [Monografia do Curso de Especialização em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina].
- Brandão, A. T., Lima, C. C., Mesquita, G. S., & Costa, W. D. D. (2020). Impactos da pandemia de coronavírus em um CAPS infantojuvenil do Distrito Federal. *Health Residencies Journal*, 1(1), 1-20. <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i1.19>
- Carvalho, M. A. P., Parente, B. A. V., & Albuquerque, M. C. S. (2021). Terapia Comunitária Integrativa direcionada aos cuidadores de usuários de um CAPSI em período de distanciamento social. *Health Residencies Journal- HRJ*, 2(10), 150-164. <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i10.122>
- Carvalho, M. D. S., Lustosa, G. S. L., & Gama, D. R. G. (2022). A influência dos jogos eletrônicos na saúde de adolescentes usuários de um ambulatório de saúde mental. *Health Residencies Journal*, 3(15), 167-201. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i15.457>
- Cavalcante, L. T. C., & Oliveira, A. A. S. (2020). Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. *Psicologia em Revista*, 26(1), 83-102. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100>
- Codeplan (2022a). *Pesquisa Distrital por amostra de domicílios Sobradinho. Relatório*. Governo do Distrito Federal.

- Codeplan (2022b). *Pesquisa Distrital por amostra de domicílios São Sebastião. Relatório*. Governo do Distrito Federal.
- Coldibeli, L. P., Paiva, F. S. D., & Batista, C. B. (2023). Itinerários Terapêuticos de Mulheres em Situação de Rua: As múltiplas faces do cuidado. *Psicologia & Sociedade*, 35, e264738. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v35264738>
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988).
- Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos. (2023). *Relatório Final da 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde Quilombola*. Salvador, Bahia.
- Costa, P. H. A. (2023). Marx e a loucura no/do capitalismo: Caráter e determinação sociais da loucura e do campo psi e superação da lógica asilar-manicomial. In P. H. A. Costa (Ed.), *A loucura e o marxismo* (pp. 35-152). LavraPalavra.
- Costa, P. H. A. (2024a). *Saúde mental e luta: A luta é por saúde mental*. Usina Editorial.
- Costa, P. H. A. (2024b). Trem sujo da leopoldina: A revanche do território na saúde mental, álcool e outras drogas. In C. O. Alves, P. H. A. Costa, S. G. Murta & S. Lordello (Orgs.), *Psicologia e relações étnico-raciais: diálogos interdisciplinares para o presente-futuro* (pp. 123-158). Technopolitik.
- Costa, P. H. A., & Lordello, S. (2019). Psicologia e realidade brasileira: Notas preliminares para uma práxis psicossocial. In C. Antloga, K. Tarouquella, S. Lordello, M. Neubern & E. Queiroz (Orgs.). *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 4* (pp. 37-52). Techno Politik.
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2021). Frantz Fanon, saúde mental e a práxis antimanicomial. *Sociedade em Debate*, 27(1), 66-82. <https://doi.org/10.47208/sd.v27i1.2809>
- Coutinho, W., Jr. (1984). *Antipsicologia: A práxis de uma ideologia alternativa*. Dom Quixote.

- Couto, M. C. V. & Delgado, G. G. D., (2010). Intersetorialidade: Uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares. In E. L. Ribeiro & O. Tanaka (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS: Contribuições para uma prática responsável* (pp. 271- 279). São Paulo, SP: Hucitec.
- Couto, M.C. V., & Delgado, P. 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, K. C. B. (2015). *Costurando histórias, cozendo cuidados: Experiências compartilhadas a partir da estratégia terapêutica da convivência em um CAPS ADI no DF* [Monografia de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <https://bdm.unb.br/handle/10483/11266>
- Decreto nº 1.174, de 23 de outubro de 1969, do Distrito Federal. (1969). Cria o Centro de Orientação Médico- Psicopedagógica (COMPP). Prefeitura do Distrito Federal.
- Delfini, P. S. D. S., Bastos, I. T., & Reis, A. O. A. (2017). Peregrinação familiar: A busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (12).
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00145816>
- Desinstitute. (2021). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01*. Desinstitute.
<https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>
- Distrito Federal. (2022a). *Saúde mental do DF em dados. Relatório*. Diretoria de Serviços de Saúde Mental.
- Distrito Federal. (2022b). *Estudo da necessidade e priorização de CAPS no DF*. Diretoria de Serviços de Saúde Mental.

- Estrela, C. R., Santos, I. R., & Lima, R. R. T. (2021). O quesito raça/cor e a equidade no Sistema Único de Saúde: Critérios atravessados pelo contexto racial brasileiro. In I. R. Barbosa, K. M. Aiquoc & T. A. Souza (Orgs.), *Raça e saúde: Múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil* (pp. 49-62). EDUFERN.
- Eufrazio, C. D. S. (2015). *Saúde mental: Fatores de risco para criança e adolescente*. [Monografia de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <https://bdm.unb.br/handle/10483/11273>
- Fanon, F. (1968). *Os condenados da terra*. Civilização Brasileira.
- Fonseca, R. P. O., Martins, D. S., Vieira, J. C. C., Sousa Lima, M., Figueiredo, S. H. G., Portella, N. M., & Castro, M. S. R. (2020). Da proximidade ao distanciamento social. Desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia. Relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi Asa Norte no Distrito Federal. *Health Residencies Journal*, 1(1), 48-64. <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i1.21>
- França, V. N. (2017). *Da clínica à gestão: Uma política para os Capsi do Distrito Federal*. [Tese de Doutorado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/31507>
- Francisco, J. C., & Luigi, A. S. (2015). Tratamento e Institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil: breve resenha histórica. *Revista de Ciências da Educação*, 33, 127-147. <http://dx.doi.org/10.19091/reced.unisal2015.2.403>
- Francisco, M. V., & Coimbra, R. M. (2015). Análise do bullying escolar sob o enfoque da psicologia histórico-cultural. *Estudos de psicologia (Natal)*, 20(3), 184-195. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150020>

Funai. (2023). Funai alerta para a invisibilidade das violências cometidas contra crianças indígenas. *Ministério dos povos indígenas - gov.* Fundação Nacional dos Povos Indígenas.

<https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2023/funai-alerta-para-a-invisibilidade-das-violencias-cometidas-contras-criancas-indigenas>

Furtado, J. P., Oda, W. Y., Borysow, I. G., & Kapp, S. (2016). A concepção de território na Saúde Mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(9), 1- 15.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>

Garcia, L. D. F. (2016). *O CAPS Adi no Distrito Federal: Um serviço com vistas à reinserção social* [Trabalho de conclusão de curso - Bacharelado em Serviço Social, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <https://bdm.unb.br/handle/10483/17436>

Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos*. (D. M. Leite, Trans.). (2a. ed.). Perspectiva.

Gomes, A. C. B., Silva Costa, T. L., & Souza, V. R. (2022). Saúde mental e violência: Uma análise com adolescentes atendidos pelo programa de pesquisa, assistência e vigilância à violência. *Health Residencies Journal-HRJ*, 3(15), 271-285.

<https://doi.org/10.51723/hrj.v3i15.454>

Gomes, R. (2011). A análise de dados em pesquisa qualitativa. In M. C. S. Minayo (Ed.). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (pp. 67-80). Vozes.

Heckert, A. L. C., & Rocha, M. L. D. (2012). *A maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida*. *Psicologia & Sociedade*, 24, 85-93.

<https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000400013>

- Ilanud - Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente. (n.d.). *Quando o Estado agride a criança*. 117-138.
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: Psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da clínica*, 18(1), 153-165.
- Kopenawa, D., & Albert, B. (2015). *A queda do céu: Palavras de um xamã yanomami*. Companhia das Letras.
- Kuhn, N., Jr., & Mello, B. B. (2020). A noção de infância e adolescência: Inflexões decoloniais sobre os direitos de crianças e adolescentes na América Latina. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 12(24), 284-312.
- Leões, A., & Lussi, I. A. O. (2021). Estigmatização: Consequências e possibilidades de Enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25, 1-17. <https://doi.org/10.1590/interface.210230>
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
- Lima, D. T. (2021, 14 de setembro). A loucura na sociedade de classes. *Blog da Boitempo*. <https://blogdaboitempo.com.br/2021/09/14/a-loucura-na-sociedade-de-classes/>
- Lima, R. C. (2021). Medicalização na infância e adolescência: Questões para a RAPS e notas sobre o tema “raça/cor”. In S. Barros, C. Ballan & L. E. Batista (Eds.), *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS: Caderno de textos* (pp. 93-103). EEUSP.

- Lordello, S. R. M., & Costa, L. F. (2020). Violência sexual intrafamiliar e gravidez na adolescência: Uma leitura bioecológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(spe), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe17>
- Lustosa, G., Santos, E., Oliveira, C., Silva, S., Almeida, A. C., Oliveira, M., Carvalho, G. P., & Tuyama, A. P. (2020). Fluxograma de atendimento a crianças e adolescentes em unidade de atenção secundária em saúde mental, durante a pandemia por COVID-19, no Distrito Federal. *Health Residencies Journal*, 1(5), 20-38. <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i5.22>
- Mariano, D. R. H., Barbosa, A. F. D. S. R., & Teixeira, B. S. P. (2022). Impactos da pandemia de Covid-19 nos hábitos alimentares e saúde mental de crianças com Transtorno do Espectro Autista. *Health Residencies Journal*, 4(18). <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i18.740>
- Marinho, P. H. F. (2017). Reflexões acerca da abrangência dos serviços oferecidos pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas à população do Distrito Federal. *Outras Palavras*, 13(1), 121-139. <https://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao5/article/view/811>
- Marques, E. P. S., Almeida, F. A., & Silva, W. S. (2015). A percepção do preconceito e da discriminação racial no ambiente escolar. *Interfaces da Educação*, 5(14), 47-67.
- Martín-Baró, I. (2017). Guerra e saúde mental. In I. Martín-Baró, *Crítica e libertação na Psicologia: Estudos psicossociais* (pp. 251-270, F. Lacerda Júnior, Trad.). Vozes.
- Martins, R. W. A., Leal, A. B., & Campos, M. M. (2023). Saúde mental dos povos indígenas: Fissuras necessárias nas concepções hegemônicas. *Revista Da Faculdade De Direito Da Universidade Federal De Uberlândia*, 51(1), 257-278. <https://doi.org/10.14393/RFADIR-51.1.2023.67995.257-278>

- Mattos, M. H. D., & Zambenedetti, G. (2021). Itinerários terapêuticos de homens trans em transição de gênero. *Psicologia & Sociedade*, (33).
<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33240732>
- Mendes, E. G. (1998). *Infância e cidadania na América Latina*. Hucitec.
- Merhy, E. E. (2005). Saúde: A cartografia do trabalho vivo. In *Saúde: A cartografia do trabalho vivo* (pp. 189-189).
- Minayo, M. C. S. (2002). Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In M. C. S. Minayo & S. F. Deslandes, *Caminhos do pensamento: Epistemologia e método*. Editora Fiocruz.
- Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf
- Ministério da Saúde. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus
- Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. (2023). *Relatório Técnico. Análise da Implementação da Política de Saúde Mental no Distrito Federal: Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)*. Coordenadoria Executiva de Psicossocial.
- Miranda, D., Athanasio, B., Oliveira, A., & Simões-e-Silva, A. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51, 101845. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>

- Miranda, H. (2020). Política Nacional do Bem-Estar do Menor e a aliança para o progresso. *Conhecer: debate entre o público e o privado*, 10 (25), 143-158.
<https://doi.org/10.32335/2238-0426.2020.10.25.3498>
- Miranda, I. M. M., & Silva, T. F. (2023). Tentativa de autoextermínio e violência sexual: Perfil de um ambulatório do Distrito Federal. *Health Residencies Journal*, 4(20), 45-51.
<https://doi.org/10.51723/hrj.v4i20.845>
- Necy, M. F. C. (2012). *Juventude e as estratégias de redução de danos: A experiência do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas-SEAD* [Monografia do Bacharelado em Serviço Social, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <https://bdm.unb.br/handle/10483/4277>
- Nepomuceno, G. (2023). A experiência do Adolescentro no Distrito Federal. In D. A. Barbosa (Ed.), *Boas práticas e desafios na atenção à saúde com grupos vivendo em situação de vulnerabilidade* (pp. 37-43). ABen. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e21.c06>
- Nunes, C. K., Olschowsky, A., Silva, A. B. D., Kantorski, L. P., & Coimbra, V. C. C. (2019). Saúde mental infantojuvenil: Visão dos profissionais sobre desafios e possibilidades na construção de redes intersetoriais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180432.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180432>
- Oka, C. P. B., & Costa, P. H. A. (2022). Os caminhos da contrarreforma psiquiátrica brasileira: Um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(40), 1-29.
- Panto, L. M., & Pinheiro, F. A. (2015). Infância e adolescência abandonadas: Os pressupostos jurídicos do acolhimento institucional. In M. A. Penso & L. F. Costa (Eds.), *Infância e adolescências abandonadas: Acolhimento institucional do Distrito Federal* (pp. 49-65). Paco Editorial.

- Pasqualini, J. C., & Martins, L. M. (2015). Dialética singular - particular - universal: Implicações do método materialista dialético para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 27, 362-371.
<https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p362>
- Patto, M. H. S. (1988). O fracasso escolar como objeto de estudo: Anotações sobre as características de um discurso. *Cadernos de Pesquisa (Fundação Carlos Chagas)*, 65, 72-77.
- Patto, M. H. S. (2022). *A produção do fracasso escolar: Histórias de submissão e rebeldia*. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia.
<https://doi.org/10.11606/9786587596334>
- Paz, L. M. D. (2018). *Itinerário terapêutico dos familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil do DF* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB.
https://bdm.unb.br/bitstream/10483/20597/1/2018_LuanaMariaDaPaz_tcc.pdf
- Pereira, M., Magalhães, A. C., Santos, L., Santos, M., Ribeiro, M., Abtibol, T., & de França, V. (2020). Isolados e conectados: Atendimento psicossocial de crianças e seus familiares em tempo de distanciamento social. *Health Residencies Journal*, 1(2), 23-43.
<https://doi.org/10.51723/hrj.v1i2.11>
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde. (2002). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Portaria nº 47, de 22 de setembro de 2006, do Distrito Federal. (2006). Dispõe sobre a necessidade de definir a finalidade e operacionalização do Centro de Referência, Pesquisa, Capacitação e Atenção ao Adolescente em Família - ADOLESCENTRO. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Rabelo, H. D. (2015). O brincar e o fenômeno da drogadição na infância: relato de experiência em um CAPS ADI no DF [Monografia da Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB.

<https://bdm.unb.br/handle/10483/11264>

Reis, A. V. D. (2015). *Acolhimento de adolescentes usuários de drogas: Da retórica da proteção ao desafio da proteção efetiva* [Monografia da Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB.

<https://bdm.unb.br/handle/10483/11288>

Resolução nº 177, de 11 de dezembro de 2015. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

Riccaboni, M., & Verginer, L. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on scientific research in the life sciences. *PLoS ONE*, 17(2).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263001>

Rizzini, I. & Pilotti, F. (2011). *A arte de governar crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Instituto Interamericano del Niño.

- Rossi, A. F., Paula, B. A., Israel, F. M. & Camargos, M. A. (2023). A tessitura da construção coletiva de indicadores de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial. *SAÚDE DEBATE*, 47(137), 333-345. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313723>
- Rozeira, C. H. B., Silva, M. F., Pereira, V. L. M. S., Domingues, M. G., Soares, S. X., Sampaio, M. L., & Bispo, J. P., Jr. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: A trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Santos, A. R. D. J., Araújo, J. F. D., Chingulo, M. G. C., Tiroli, L. G., & Mazzafera, B. L. (2022). Questões étnico-raciais no ambiente escolar: Reflexões a partir de teses e dissertações sobre práticas pedagógicas desenvolvidas na Educação Básica. *Práxis Educativa*, 17. <https://doi.org/10.5212/praxeduc.v.17.18338.006>
- Santos, G. D. S., & Toassa, G. (2021). Produzindo medicalização: Uma revisão bibliográfica sobre encaminhamentos da educação escolar à saúde. *Psicologia da Educação*, (52), 54-63. <https://doi.org/10.23925/2175-3520.2021i52p54-63>
- Santos, L. O., França, V. N., & Batista, A. S. (2022). As queixas escolares e suas interfaces em um ambulatório de saúde mental infantil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 22(3), 1041-1061. <https://doi.org/10.12957/epp.2022.69800>
- Santos, M. (2011). O dinheiro e o território. In M. Santos & B. Becker (Orgs.). *Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial* (pp. 13-21). Lamparina.
- Santos, M., Parente, B., Lima, G., Mariano, D., & Carvalho, M. (2020). Saúde mental de crianças e seus cuidadores diante da pandemia da Covid-19: Um relato de experiência a partir de vivências de uma equipe de residência multiprofissional em um CER II. *Health Residencies Journal*, 1(5), 107-119. <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i5.14>

- Santos, T. S., Lima, J. L. S., & Barbosa, A. F. D. S. R. (2023). A construção do cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção primária à saúde. *Health Residencies Journal*, 4(19). <https://doi.org/10.51723/hrj.v4i19.754>
- Saviani, D. (2013). A pedagogia histórico-crítica, as lutas de classe e a educação escolar. *Germinal: Marxismo e educação em debate*, 5(2), 25-46.
- Saviani, D. (2021). Educação Escolar, Conhecimento e Pesquisa. *Revista GESTO-Debate*, 5(1-12).
- Scheffer, G., & Silva, L. (2014). Saúde mental, intersetorialidade e questão social: Um estudo na ótica dos sujeitos. *Serviço Social e Sociedade*, (118), 366-393. <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/hmm93SyZXS8DrjnxFwgYCFh/?format=pdf>
- Silva, A. L. (2005). Ensaio em saúde coletiva: entrevista em profundidade como técnica de pesquisa qualitativa em saúde coletiva. *Saúde Coletiva*, 2(7). <https://www.redalyc.org/pdf/842/84220794001.pdf>
- Silva, L. M. D., & Boarini, M. L. (2022). Intersetorialidade e políticas sociais no contexto brasileiro: Desafios para a proteção integral infantojuvenil. *Psicologia, Conocimiento y Sociedad*, 12 (1), 56-80. <https://doi.org/10.26864/pcs.v12.n1.3>
- Silva, M. T. M., Coelho, L. A. M., & Oliveira, D. S. (2021). Saúde Mental fora das (CAPS)ulas. Relato de experiência de ações de redução de danos com adolescentes assistidos por um CAPSad III e por unidades socioeducativas. *Health Residencies Journal*, 2(10), 111–139. <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i10.102>
- Sodré, F., & Rocon, P. C. (2023). O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”? *Saúde e Sociedade*, 32. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210545pt>

- Sousa, C. V. L. D. (2023). *Desafios da saúde mental infantojuvenil no brasil: Uma revisão de literatura*. [Artigo da Especialização em Gestão em Saúde, Universidade Federal da Integração Latino-Americana]. Biblioteca digital da UNILA. <https://dspace.unila.edu.br/items/5076bd40-fa2f-442b-891c-42501486ce43>
- Sousa, P. S. D. M. (2020). *Adolescência e atos autoagressivos: O grupo da diversidade como dispositivo de cuidado em saúde mental*. [Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/38932>
- Souza, J. M., & Santos, T., V. C. (2022, 29 de outubro). *A importância da perspectiva interseccional na saúde mental de crianças e adolescentes: Uma análise das políticas públicas no Brasil*. [Apresentação, anais]. VII Seminário Científico do UNIFACIG, Minas Gerais. <https://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/seminariocientifico/article/view/2936/2533>
- Taquette, S. (2016). Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. *ATAS- Investigação qualitativa em saúde*, (2), 524-533. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790>
- Teixeira, B. S. (2013). *DesCAPSulando adolescentes: Perfil da população infantojuvenil de um CAPS adi-DF em situação de uso de drogas e saúde mental* [Dissertação de Mestrado acadêmico, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/16959>
- UNICEF. (2023). Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil (2021-2023). *Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância*.

<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/panorama-da-violencia-letal-e-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-no-brasil-2021-2023>

UNICEF. (2024). Mais de 15 mil crianças e adolescentes foram mortos de forma violenta no Brasil nos últimos 3 anos. *Unicef- Fundo das Nações Unidas para a Infância*.

<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/mais-de-15-mil-criancas-e-adolescentes-foram-mortos-de-forma-violenta-no-brasil-nos-ultimos-3-anos>

Valladares, L. (2007). Os dez mandamentos da observação participante. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 22(63), 153-155. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092007000100012>

Viégas, L. S. (2023). Lições de rebeldia: o materialismo histórico-dialético na obra de Maria Helena Souza Patto. *Germinal: Marxismo E educação Em Debate*, 15(1), 53–74. <https://doi.org/10.9771/gmed.v15i1.51748>

Vorcaro, A. (2011). O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In A. Jerusalinsky & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 219-229). Via Lettera.

Yamamoto, O. H. (2007). Políticas sociais, “terceiro setor” e “compromisso social”: Perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 30-37. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100005>

Zaniani, E. J. M., & Luzio, C. A. (2014). A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Psicologia em Revista*, 56-77. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p56>

Zgiet, J. (2013). Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: A quem interessa mudar? *Saúde Em Debate*, 37(97), 313–323. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NmrYnCQbwcG8bJ9yBrZ4hPw/?lang=pt>

ANEXO I - QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS

Roteiro de Entrevista em profundidade

- 1- Conte-me quem é você, sua família, região onde mora e como se dá a rotina do seu dia a dia.
- 2- Você frequenta quais espaços de Políticas Públicas? Por exemplo: CRAS, CREAS, Serviços da saúde pública, serviços de alimentação.
- 3- Você já passou por algum outro serviço de Saúde ou alguma outra forma de cuidado?
- 4- Você conhece a Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal? (Citar os serviços)
- 5- Como você chegou até o CAPSi? Você foi encaminhada(o) por algum outro serviço e/ou pessoa?
- 6- Quais as dificuldades e potencialidades que encontrou nesse caminho?
- 7- Se você puder fazer alguma sugestão para o cuidado e a Rede de Saúde Mental Infantojuvenil do Distrito Federal, qual seria?

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *“Em busca de cuidado: Itinerários Terapêuticos de Crianças, Adolescentes e Familiares no Distrito Federal”*, de responsabilidade do Prof. Dr. *Pedro Henrique Antunes da Costa*, Professor no Departamento de *Psicologia Clínica e Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura* da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é analisar os caminhos percorridos por crianças, adolescentes e familiares em busca do cuidado em saúde mental no Distrito Federal. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como observação participante, ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio da observação participante e entrevistas em profundidade. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa pode implicar em riscos tais como: *a pesquisa pode gerar algum desconforto para o participante quando estes refletirem sobre suas condições de vida*. Estes riscos serão minimizados com as seguintes estratégias: as(os) pesquisadoras(es) são psicólogas(os), podendo ofertar suporte, caso necessário.

Espera-se com esta pesquisa *potencializar a assistência ofertada no cuidado em saúde mental infantojuvenil do Distrito Federal, com implicações positivas às condições de vida das pessoas assistidas*.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 32 988690880 ou pelo e-mail phantunes.costa@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio das próprias iniciativas dos CAPSi, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do/da participante

Assinatura do/da pesquisador/a

Brasília, ____ de _____ de _____.

ANEXO III - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012/Resolução 510/2016)

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa “*Em busca de cuidado: Itinerários Terapêuticos de Crianças, Adolescentes e Familiares no Distrito Federal*”, de responsabilidade do Prof. Dr. *Pedro Henrique Antunes da Costa*, Professor no Departamento de *Psicologia Clínica e Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura* da Universidade de Brasília.

O estudo será realizado com membros de uma única família, constituída essencialmente por uma criança ou adolescente entre três a dezoito anos incompletos e seus familiares, desde que estejam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa. Assim, o objetivo da pesquisa é elucidar os caminhos percorridos por crianças, adolescentes e familiares em busca do cuidado em saúde mental no Distrito Federal.

Haverá riscos inerentes ao processo de uma intervenção com seres humanos, uma vez que os sujeitos participantes podem se sentir intensamente e constrangidos ao relatarem suas histórias de vidas. A partir disso, os sujeitos poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, e contar com a oferta do suporte psicológico, pois as(os) pesquisadoras(es) são psicólogas(os). Para evitar qualquer tipo de exposição, os nomes dos participantes serão substituídos por nomes fictícios, além de um espaço que minimize desconfortos, sendo assegurado um local reservado para escutas e total liberdade aos sujeitos para não prosseguirem a pesquisa.

Os seus responsáveis autorizaram você a participar desta pesquisa, caso você deseje. Você não precisa se identificar e está livre para participar ou não. Caso inicialmente você deseje participar, posteriormente você também está livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa. O responsável por você também poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Você não terá nenhum custo e poderá consultar a pesquisadora responsável em qualquer época, pessoalmente ou pelo telefone da instituição, para esclarecimento de qualquer dúvida.

Todas as informações por você fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo, e estes últimos só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas. Você

será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de estes poderem mudar seu consentimento em participar da pesquisa. Você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa.

Acredita-se que com a realização da pesquisa, para os sujeitos participantes, um espaço de fala/escuta será potencializador para elaborar as experiências. Além disso, com o estudo pretende-se potencializar a assistência ofertada nos CAPSi do DF, com debates acerca da atuação de tal assistência e a necessidade de investimento, com implicações positivas às condições de vida das pessoas assistidas nos serviços

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 32 988690880 ou pelo e-mail phantunes.costa@gmail.com.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você. Diante das explicações, se você concorda em participar deste projeto, forneça os dados solicitados e coloque sua assinatura a seguir.

Assinatura do/da participante

Assinatura do/da pesquisador/a

Brasília, ____ de _____ de _____.