

Letícia Santos

**A (des) construção de um conceito normativo de infância: relato de
experiência como acompanhante terapêutico**

Uberlândia

2018

Letícia Santos

**A (des) construção de um conceito normativo de infância: relato de
experiência como acompanhante terapêutico**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini.

Uberlândia

2018

Letícia Santos

**A (des) construção de um conceito normativo de infância: relato de
experiência como acompanhante terapêutico**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da
Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título
de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

Banca Examinadora

Uberlândia, 04 de dezembro de 2018

Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini (Orientador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Ms. Michelle Ferreira Martins (Examinadora)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Ms. Tassiana Machado Quagliatto (Examinadora)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA

2018

Resumo

O conceito de infância é constituído com mais especificidade na modernidade e, a partir deste período, as crianças passam a ser objetos de estudo da ciência, de interesse do Estado e a ocupar um lugar com mais delimitações na sociedade. As configurações familiares, o caráter mais privativo da noção família e as concepções de infância se modificaram em função das mudanças operadas no contexto histórico-social. Com a constituição desse modelo de infância constroem-se Políticas Públicas voltadas, especificamente, para a infância. Porém essa concepção, em um primeiro momento, tem o objetivo de corrigir as crianças que eram consideradas 'fora da norma' pela sociedade, numa tentativa de normatização da infância; modelo de cuidado que se arrasta até os dias atuais. Este trabalho possui como objetivo resgatar os processos da construção histórica do conceito de infância no Brasil, assim como, os processos de criação de Políticas Públicas em Saúde Mental para a infância, refletindo sobre as formas de cuidado existentes e como os elementos históricos contribuem para uma visão normativa e tradicionalista das crianças, a partir de um relato de experiência como Acompanhante Terapêutico (AT) no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) do município de Uberlândia. Por meio destas reflexões, pôde-se compreender que o Acompanhamento Terapêutico é uma forma de cuidado que se encontra como resistência frente aos modelos tradicionalistas, buscando desconstruir o conceito normativo de infância através do acompanhar os sujeitos, em suas singularidades, especificidades e forma única de ser inserido em seu contexto social.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico; infância; normatividade; saúde mental.

Abstract

The concept of childhood is constituted with more specificity in the modernity and, from this period, children become objects of study of science, of interest of the State and occupy a place with more delimitations in the society. The familiar configurations, the more exclusive character of the notion family and the conceptions of childhood have changed according to the changes operated in its historical-social context. With the constitution of this model of childhood, public policies aimed specifically at children are built. But this conception, at first, aims to correct the children who were considered "out of the norm" by society, in an attempt to normalize childhood; a model of care that continues to the present day. This work aims to rescue the processes of the historical construction of the concept of childhood in Brazil, as well as the processes of creating Public Policies in Mental Health for children, reflecting on existing forms of care and how the historical elements contribute to a normative and traditional view of the children, based on an experience report as a Therapeutic Accompanist (AT) at the Center for Psychosocial Child and Adolescent Care (CAPSi) in the city of Uberlândia. Through these reflections, it was possible to understand that Therapeutic Accompaniment is a form of care characterized by its resistance against the traditionalist models, seeking to deconstruct the normative concept of childhood through accompanying the subjects, in their singularities, specificities and unique form of insertion in their social context.

Keywords: Therapeutic accompaniment; childhood; normativity; mental health.

Sumário

1 Introdução	06
2 Reflexões sobre o processo da construção social da infância	09
2.1 A criança sob a ótica da Psicanálise	15
2.2 A Criança na contemporaneidade	17
3 Processo de criação de Políticas Públicas na perspectiva da Saúde Mental para a Infância no Brasil	22
3.1 O Cuidado na Saúde Mental	27
3.2 Acompanhamento Terapêutico e Saúde Mental	29
4 Relato de Experiência como AT no CAPSi	32
5 Considerações Finais	37
Referência Bibliográficas	42

1 Introdução

O conceito de infância, na atualidade, é compreendido e difundido em diversas áreas do conhecimento e do senso comum. É por meio de uma construção social, ao longo dos séculos, que podemos entender o lugar que o conhecimento sobre a infância e as crianças ocupam na contemporaneidade. Sendo assim, o papel em que vão ocupando, no decorrer de toda a sua história, está relacionado com a implementação de políticas públicas voltadas para infância e condizente com a realidade atual.

Para entender as relações familiares pós-modernas e o lugar que a infância ocupa hoje, é necessário fazer um breve recorte histórico desde a era medieval até a contemporaneidade, analisando as reconfigurações familiares e, conseqüentemente, as mudanças do espaço das crianças no social. Por meio da reflexão sobre a infância como construção histórica, é possível compreender o modo como nos relacionamos com as crianças atualmente, levando em questão a visão normativa e tradicionalista que foram difundidas durante todo esse processo. Dessa forma, é importante reconhecer que, a cada período da história, a criança ocupa um lugar no qual sua condição é estruturada por aspectos sociais e culturais, e não apenas pelo biológico.

As crianças começam a ter uma representação efetiva na História a partir do século XII, porém não eram vistas como diferentes dos adultos. Não havia nenhuma medida para cuidar e proteger esses sujeitos e quando já apresentassem maior desenvolvimento de suas condições físicas começavam a trabalhar (Airès, 1981). Na Idade Média não havia privacidade, até o século XVI, por exemplo, as pessoas não tinham seus próprios quartos, não havia uma divisão entre o público e o privado (Rybczynski, 1996). Nesse sentido, as crianças participavam de tudo, como festas e brincadeiras, não havia uma diferenciação entre crianças e adultos, elas

eram vistas como um adulto em miniatura. Airès (1981) aponta que não havia a função afetiva de família até então.

Ao final da Idade Média, iniciou-se uma mudança nas configurações familiares em que os espaços físicos das casas são alterados e, com isso, inicia-se o processo de intimidade e privatização, criando um espaço exclusivo para a vida familiar (Rybczynsky, 1996). Ou seja, a casa moderna surge juntamente com um modelo familiar ideal europeu. Assim, em meados do século XVII, as crianças são vistas com outros olhos, a mãe assume um papel de socializadora e a criança é o centro da família burguesa (Neves, 2004).

No Brasil, a história social da infância difere do modelo europeu, principalmente pela forma que ocorreu a colonização. Segundo Henick e Faria (2015), durante o Período Colonial, a concepção que se tinha de infância e os modelos ideais de cuidado eram transmitidos pelos jesuítas, os quais afirmavam que as crianças deveriam ser moduladas antes da puberdade por meio de um projeto pedagógico pautado na fé cristã e os indígenas deveriam ser catequizados. As crianças que não se adaptavam a esse modelo eram taxadas por estarem em um estado de “tentação demoníaca”. As crianças abandonadas eram deixadas na Roda dos Expostos, uma medida de assistência às crianças enjeitadas que existiu até o século XIX (Marcilio, 1997). No período colonial, a educação e o cuidado das crianças eram fortemente influenciados pela igreja, não se considerava a subjetividade das mesmas, pois, eram vistas como seres puros e divinos, mas sem voz.

No Brasil Império, há uma modificação no cuidado das crianças. Devido à alta taxa de mortalidade infantil, as intervenções médicas aparecem por volta do século XIX, com isso, instaura-se um modelo higienista de cuidado da família para com as crianças (Lins, Silva, Lins & Carneiro, 2014). Dessa forma, a subjetividade e voz desses sujeitos continuam a ser desconsideradas.

No século XX, o discurso médico-psicológico é a referência para as práticas de cuidado infantil (Alves, 1999 como citado em Lins, Silva, Lins & Carneiro, 2014, p. 133) tornando-se, esta forma de cuidado higienista, o modelo que foi a base para a criação de medidas de proteção das crianças. Sendo que, na contemporaneidade, as relações familiares se alteram novamente, há um grande marco da influência da mídia na subjetivação dos sujeitos, além de uma alteração nas configurações parentais, as quais se refletem nas crianças.

A história social das crianças vai se inscrevendo no Brasil de forma a contribuir para o processo de criação de Políticas Públicas voltadas para a infância no âmbito de proteção e garantia de direitos, bem como, no cuidado dedicado à Saúde Mental. As criações destas Políticas se instauram no momento em que se precisava revisar o comportamento dos sujeitos que não se encaixavam no modelo social vigente e após a redemocratização do país. Sendo assim, no Brasil houve um grande atraso na criação de Políticas Públicas em Saúde Mental para as crianças, pois, apenas em 2001 começa a se dar ênfase à saúde mental da criança, abrindo espaços para a construção de um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) em 2002 (Brasil, 2002).

Nesse sentido, as medidas que garantem o cuidado das crianças no CAPS devem ter como proposta a elaboração de um projeto terapêutico singular e que favoreça a inserção ou reinserção social, promovendo a autonomia e emancipação dos sujeitos. Além disso, deve evitar internações desnecessárias, promover ações de cuidado pautadas no direito do convívio familiar e social e reforçar o restabelecimento de laços sociais para promoção de saúde (Brasil, 2014).

Portanto, faz-se necessário pensar em formas de cuidado que se apresentem com maior dedicação aos modelos de infância que vão sendo propostas ao longo do tempo e com uma análise das medidas higienista e estigmatizante sobre os aspectos construídos ao longo dos séculos. Neste trabalho, por meio de um relato de experiência como Acompanhante Terapêutico

(AT), foi possível refletir sobre a influência do processo de construção histórica nos cuidados atuais voltados para a infância e, a partir disso, pensar o acompanhamento terapêutico como uma forma de resistência a essa visão estigmatizada que se tem da infância. Percebe-se que foi imposto em todos os períodos da construção da história das crianças o silenciamento desses sujeitos que são sempre marcados pelo discurso de um outro sobre sua própria existência.

No primeiro tópico, por meio de um breve recorte histórico da Era Medieval até a contemporaneidade, analisaremos o processo da construção social da infância e as transformações familiares que ocorreram com o advento da mudança na relação interna com a criança, resgatando, assim, um breve delineamento sobre a visão da criança e infância para a psicanálise. No segundo tópico, percorreremos sobre o processo de implementação e construção das Políticas Públicas em Saúde Mental para a infância no Brasil, pensando no Acompanhamento Terapêutico como uma modalidade de atendimento que busca a circulação em meio à cidade e ao cotidiano do paciente com um grande potencial terapêutico, derrubando os muros da instituição, indo ao contexto social e familiar do acompanhado, onde a rua se torna um espaço possível de intervenções e atuações (Palombini, 2004). No terceiro tópico, foi descrito um relato de experiência como Acompanhante Terapêutico, partindo do pressuposto da importância de se ter um projeto terapêutico individual para cada criança usuária do CAPS. Por fim, apresentaremos nossas considerações finais sobre as discussões acerca de todo conteúdo descrito no trabalho.

2 Reflexões sobre o processo da construção social da infância

Por meio de um breve resgate histórico, podemos perceber como a função social das crianças vai mudando e como nasce o “sentimento de infância”. No livro “História Social da Criança e da Família”, de Phillippe Ariès (1981), é realizada uma análise de obras de arte,

principalmente de crianças, que retratam a infância ao longo da história. As obras de arte analisadas vão da era medieval até a modernidade, sendo possível perceber que o conceito social de infância é proveniente da modernidade e surge como resultado de uma mudança social. Portanto, a criança não pode ser compreendida fora da história social da família, além do entendimento de que o sentimento de infância é, primeiramente, forjado para uma camada mais privilegiada da sociedade.

Segundo Ariès (1981), antes do século XII, não havia pinturas ou qualquer outro registro que retratassem a infância. Então, o lugar destas era o mesmo dos adultos e não tinham uma função social. Sendo assim, quando desenvolve suas condições físicas, elas eram inseridas nos meios de trabalho. Somente em meados do século XII e caminhando para o final do período medieval, as crianças passam a ser retratadas nas pinturas, porém poucas chegavam à idade adulta devido à alta taxa de mortalidade infantil, principalmente, por não terem um cuidado diferenciado dos adultos.

Por muito tempo as crianças eram vistas como pequenos adultos, reproduziam sua forma de viver, de vestir, como se fossem uma miniatura destes. Nesse sentido, elas não tinham singularidade, direitos e uma forma de viver própria e, também, na vida em família, até meados do século XVII, havia a ausência de privacidade, ou seja, “tudo se dava” no público, inclusive a criação e a educação das crianças, que antes de começarem a trabalhar não tinham nenhuma função social (Andrade, 2010).

Por volta do século XVIII, percebe-se algumas mudanças nas famílias que se afastam da vida pública, buscando por mais privacidade, com isso, o espaço físico das casas mudam, assim como a forma de perceber e educar as crianças que assumem um papel central na família tornando-se responsabilidade dos pais. Surge então a família burguesa, com a divisão de papéis, a criança começa ser vista como diferente do adulto, sendo agora tomada como um ser frágil, vazio, puro e que precisa ser ensinada para ser cidadã. Nasce, assim, o “sentimento de infância”

(Andrade, 2010). A história nos mostra que família sempre existiu, porém, as suas configurações vão se transformando ao longo dos séculos, quando a relação interna com as crianças se modifica, sendo assim até nos dias atuais.

A história social da criança no Brasil traçou caminhos diferentes do cenário europeu, principalmente, pela forma como ocorreu a colonização, com seu sistema escravagista e exploratório que se estendeu por anos. Portanto, foi um período marcado por exclusão e maus tratos, especialmente na forma de cuidar. A Roda dos Expostos, por exemplo, foi um modelo assistencial para os “enjeitados” fundado na Europa, implantando no Brasil Colônia (1500-1822), como aponta Rizzini (2004, p. 23):

Uma modalidade de atendimento a bebês abandonados de longa duração foi o sistema das Rodas de Expostos, surgido no período colonial por iniciativa da Santa Casa de Misericórdia e somente extinto na República. No século XVIII, Salvador, Rio de Janeiro e Recife instalaram as suas Casas de Expostos, que recebiam bebês deixados na Roda, mantendo no anonimato o autor ou a autora do abandono. Até o século XIX, outras dez Rodas de Expostos surgiram no país, tendo o sistema persistido até meados do século XX.

Esse modelo de assistência foi responsável por um grande número de bebês abandonados no Brasil e foi, por muitos anos, a única medida de apoio para crianças enjeitadas no país. No Brasil Colônia, não existia legislação específica para a infância, pois é somente a partir de 1860 que se começa a pensar em outras formas de cuidados para as crianças abandonadas, surgindo novas instituições, públicas ou privadas, para a educação destas (Siqueira & Dell’Aglia, 2006). A Roda de Expostos também recebia um número muito grande de filhos ilegítimos como, por exemplo, dos senhores com as escravas. Esse modelo assistencial era mantido pela corte e pela igreja, quando foi extinta houve um aumento significativo no número de crianças nas ruas que foram associadas à criminalidade, passando a ser uma preocupação do campo jurídico, como veremos mais adiante (Rizzini & Pilotti, 2009).

Segundo Marcilio (1997) e Rizzini (1990), como citado por Siqueira e Dell’Aglío (2006, p. 75), a respeito da educação no Brasil Colônia, havia uma diferença entre os meninos e as meninas, no caso, as meninas precisavam ser ensinadas a preservar a honra e a castidade e, já a educação dos meninos, das famílias mais privilegiadas e dos indígenas, era de responsabilidade dos jesuítas, sendo estas as principais formas de educação da época e um modelo que foi tradicional até meados do século XVIII (Rizzini, 2004).

Novas formas de assistencialismo vão surgindo a partir das novas demandas, ou seja, cria-se um modelo que não é mais voltado à educação de caridade por parte da igreja, mas sim uma filantropia que se organiza dentro dos modelos vigentes da época, surgindo juntamente com o Brasil Império (1822-1889) (Siqueira & Dell’Aglío, 2006).

No Brasil Império inicia-se um processo de maior atenção à infância, porém, os filhos dos escravos nascidos em solo brasileiro e os que vinham para o Brasil pelo tráfico negreiro eram tratados de formas distintas, dificilmente os segundos sobreviviam, não havendo registros sobre o paradeiro deles (Góes & Florentino, 2015). As crianças escravas nascidas no Brasil eram consideradas pelos senhores como mais inteligentes, chamadas então de “crioulas”. Elas eram educadas sobre o “regime senhoril” e marcadas por meio do sobrenome caracterizando seus afazeres, além de serem submetidas a diversos tipos de humilhações. O preço dessas crianças se alterava à medida que cresciam (Góes & Florentino, 2015).

Os filhos dos senhores eram os bibelôs, criados pelas escravas – que na maioria eram amas de leite também – e que lhes davam toda atenção. Essas crianças eram educadas pela igreja e tinham muitas regalias quando pequenas, bem diferente das crianças negras que viviam sob controle senhoril (Góes & Florentino, 2015).

A sobrevivência das crianças, tanto dos filhos dos senhores quanto dos filhos de escravos, nascidos no Brasil ou dos trazidos pelo tráfico negreiro, passa a ser de grande

importância. Esses sujeitos precisavam ser “adestrados” por meio de uma disciplina e modelo que julgavam adequados para infância nesta época.

No Período Republicano inicia-se o processo de industrialização, assim como o de urbanização (Ceccim & Palombini, 2009). Nesse sentido, a saúde das crianças e a alta taxa de mortalidade passam a ser objeto de estudo e preocupação. Tornou-se necessário preservar suas vidas, pois aquelas que eram pobres formariam a futura força de trabalho para servir ao sistema capitalista e as crianças ricas eram vistas como o futuro da nação (Ceccim & Palombini, 2009). No final do XIX, inicia-se um movimento de pensar novas formas para o cuidado e educação das crianças que não fosse pautado no modelo colonial – supersticioso e religioso – em que tudo era explicado pelo Divino. Por meio destas mudanças e do investimento no estudo, a crianças passam a ser vistas como um ser social que necessita de atenção tanto da família como do Estado (Priszkulnik, 2004).

Segundo Ceccim e Palombini (2009), é no momento em que precisava se preservar as crianças como força de trabalho que começa um discurso higienista, assim como o discurso da maternidade. As configurações familiares se alteram novamente, o pai passa a ser o provedor da família e a mãe torna-se a responsável pela educação e crescimento dos filhos, além do forte discurso médico sobre o cuidado para com as crianças evitando a mortalidade infantil.

As crianças ricas são enviadas aos colégios que tinham a função de vigiar, disciplinar e adestrar. O modelo dessas instituições era guiado por um discurso higienista, proposto pelo Estado, porque as crianças, nessa época, eram vistas como seres que precisavam ser educados e corrigidos, somente assim poderiam se tornar adultos úteis e produtivos (Rizzini, 2006). Portanto, em meados do século XIX, surge uma noção diferenciada de criança que se apresenta entrelaçada à sua educação. Nesse contexto, a formação das crianças é realizada em instituições especializadas e metódicas (Priszkulnik, 2004).

Sempre houve diferença na atenção para as crianças ricas e pobres. As primeiras recebiam cuidado da família e, quando mais crescidas, eram enviadas para colégios internos (Ceccim & Palombini, 2009). As crianças pobres recebiam uma educação básica, por filantropia, eram controladas pelo Estado e, na maioria das vezes, estavam submetidas a trabalho infantil, pois nesse período não havia direitos assegurados para a infância (Cirino, 2001).

Com a abolição da escravidão, o número de pessoas em situação de rua aumentou significativamente. Novas demandas sociais surgiram, principalmente, pelo aumento da criminalidade, sendo um período fortemente marcado por uma grande desigualdade social. Agora se faz necessária a implementação de propostas e de assistências para esses sujeitos que fogem à “ordem” vigente, pois, até aquele momento, o que existia de assistência para as crianças pobres era a Roda dos Expostos (Ribeiro, 2006). A implementação de políticas públicas só aparece quando o país entra em “desordem” pelas famílias na rua, pelas crianças que não se encaixavam na norma, pelo aumento de doenças, pela criminalidade, ou seja, quando a classe dominante foi incomodada.

Martins (2017) aponta que as crianças, que se encontravam fora do que era considerando “normal”, eram vistas como “menores” que pertenciam a uma “classe perigosa”. Portanto, essas crianças deveriam ser institucionalizadas para ficarem afastadas da sociedade, além de serem submetidas a um extremo controle por via do Estado, que responsabilizava a família por tais desordens como a deficiência, os transtornos mentais e a pobreza. O cuidado para essas crianças e adolescentes agora eram de responsabilidade do Estado e vinham por meio de clara forma de exclusão.

As crianças e adolescentes são inseridas Código Penal para serem corrigidas e se tornarem um bom adulto. Algumas mudanças acontecem em 1927 quando se cria um código

voltado especificamente para crianças e adolescentes, denominado de “Código de Menores”. Não havia distinção entre as crianças com transtornos mentais, pobres e os “delinquentes”.

Por meio desse breve resgate histórico, percebe-se que a infância é um conceito da modernidade, posto que durante muito tempo tudo que envolvia a noção de criança foi cercado por descaso, controle e normas, desconsiderando toda a subjetividade, o desejo e os aspectos que envolvessem o seu desenvolvimento, principalmente, das crianças “fora da norma”.

2.1 A criança sob a ótica da Psicanálise

No final do século XIX, Freud, pela ótica da psicanálise, lança um novo olhar à infância, principalmente, por considerar a existência da sexualidade infantil e por afirmar que as experiências iniciais da vida dos sujeitos são de grande importância para a constituição psíquica, a sua subjetividade e a criação do laço social. Porém, não se pode pensar que as experiências são transmitidas literalmente (Quagliatto, 2017).

Segundo Prizskulnik (2004), a criança freudiana é um ser desejante e submetida às leis da linguagem. Sendo assim, aquela concepção que havia até então sobre a criança como um ser puro, sem sexualidade e não desejante e que se submete ao controle da educação é desconstruída. A criança já possui um lugar delimitado, mesmo que simbolicamente, antes mesmo de nascer. Ela já é nomeada, desejada, marcada pelo inconsciente dos pais e pela linguagem, sendo idealizadas por um outro - pais ou cuidadores.

O conceito de infância e infantil para a psicanálise são diferentes, pois pensar o infantil por essa ótica é dizer que a infância vai além de simples experiências vividas num tempo cronológico e atravessa uma realidade material. Entende-se que a infância é referente a um tempo de uma realidade histórica, já o infantil é um conceito metapsicológico e atemporal que considera as fantasias, a pulsão e o inconsciente (Zavaroni, Viana & Celis, 2007).

O infantil é o que, por meio do recalque, origina o psiquismo sendo a fantasia imprescindível para a constituição psíquica, pois é por ela que é possível marcar a singularidade dos sujeitos. As fantasias estão ligadas à realidade e é por meio delas e dos fatos que o sujeito vai se constituindo uma outra realidade, a realidade psíquica (Zavaroni, Viana & Celis, 2007). Porém a fantasia, como aponta Carreira (2009), não é fonte apenas de prazer, mas de desprazer também, pois o prazer está articulado ao desprazer, sendo uma função estruturante para a neurose, apresentando-se como uma “cena difusa e paradoxal” (p.160).

A sexualidade infantil também é estruturante do psiquismo, pois, para Freud, a sexualidade humana não tem origem apenas biológica, posto que ela é pulsional, na qual o objeto de busca de satisfação do sujeito não é fixo. As pulsões autoeróticas estão presentes desde do início da vida, a partir dos cuidados iniciais com o bebê. A pulsão é uma força interna e o seu alvo é a satisfação, mas a satisfação não consegue ser completa, pois sempre haverá uma falta não recoberta pelo campo da linguagem. O objeto preenche parcialmente, pois só por meio da falta que nos estruturamos como sujeitos desejantes (Quagliatto, 2017). Em outras palavras, somos seres faltantes e o desejo só existe pela falta.

Quando o objeto inicial do desejo do bebê falta, que é a mãe ou quem faça esse papel, o investimento pulsional retorna ao Eu. Sendo assim, o Eu se constitui por meio dessa ferida narcísica da perda do objeto de desejo, ou mesmo por sua impossibilidade de satisfação integral do sujeito. A falta sempre vai estar presente, portanto, a satisfação da pulsão é sempre parcial e nunca completa (Coelho, 1999).

O corpo infantil para a psicanálise não é apenas um corpo com funções fisiológicas, mas é um corpo marcado pela sexualidade, pulsão e linguagem, segundo Prizskulnik (2004, p. 76):

A criança freudiana nasce com o corpo-organismo que passará pelas etapas de desenvolvimento e de maturação estudadas pela Biologia. Entretanto, ela vai construindo o corpo tecido e marcado pela sexualidade e pela linguagem (dependente das vicissitudes de sua própria vida e de sua estruturação inconsciente), corpo que, muitas vezes, não coincide com o corpo-organismo e que, muitas vezes, pode chegar a alterar o funcionamento desse corpo-organismo.

Nesse sentido, cogitar uma normalização da infância, seguir apenas modelos padrões para a criação das crianças na tentativa de “formar” adultos “normais” e completos é uma forte ilusão, pois cada sujeito possui sua singularidade e se constitui de forma diferente (Quagliatto, 2017).

2.2 A Criança na contemporaneidade

Retomando os passos da história, percebemos que as expectativas e o espaço que as crianças ocupam ao longo dos séculos depende do lugar em que os adultos mais próximos ocupam dentro do contexto social. Os comportamentos junto as crianças são atrelados ao um ideal educativo do que é adequado para as crianças naquele meio em que vivem (Quagliatto, 2017). Desse modo, a infância como um fenômeno histórico, cultural e social é pautada numa ordem que vem de um outro, ou seja, há a dependência e obediência da criança a um adulto em troca de proteção, uma relação que também foi construída socialmente (Naradowski, 2001).

Portanto, a infância continua sendo inventada ou reinventada na contemporaneidade, assim como o lugar e função dos pais. O ser criança é diferente em cada comunidade, isso se dá pela diversidade cultural, crenças e costumes, sendo que a história da criança está interligada com a história da família e suas transformações ao longo do tempo. Para compreendermos o lugar que as crianças ocupam na contemporaneidade é fundamental pensar para além das mudanças sociais provenientes da modernidade, nas transformações das configurações familiares ao longo de todos os períodos.

Paravidini et al. (2008) citando Roudinesco (2003, P. 198), caracteriza três períodos da transformação familiar. O primeiro é o período tradicional, quando a família era regida por uma ordem patriarcal, por meio dos valores monárquicos e do direito divino. Nesse período o pai é

o senhor das famílias. O segundo momento é da modernidade, no qual a família se norteia pelo romantismo e a afetividade, a autoridade vem dos pais – mãe de um lado, pai de outro – e do Estado junto à ciência. O terceiro momento (a partir dos anos 60) é da família contemporânea que se apresenta com uma configuração um pouco diferente da anterior. A transmissão da autoridade não é tão cindida pelas novas configurações como, por exemplo, separações, divórcios e recomposições conjugais:

É uma família de múltiplas aparências, com o lugar de poder descentralizado. Uma família horizontal e fraterna na qual cada um se sente autônomo ou funcionalizado e o homem assume um papel mais maternalizante. Pode ser caracterizada como co-parental (poder paterno dividido com a mãe), bi-parental, multiparental, pluriparental ou monoparental, sendo assim uma família construída, desconstruída e reconstruída onde os filhos são educados sob a autoridade de dois pais e duas mães convivendo com meios-irmãos ou meias irmãs. (Paravidini et al., 2008, p. 199).

Desde a modernidade, quando o pai “perde” esse lugar de autoridade e de detentor do saber dentro da família, que passa a ser dividido com o Estado, há uma nova reconfiguração, principalmente, pelas mudanças sociais que interferem e modificam a dinâmica familiar. Podemos destacar, por exemplo, a inserção das crianças cada vez mais cedo nas escolas, como também, o lugar da mulher que se altera na sociedade. Antes a função desta era apenas de criar os filhos e cuidar da casa. Com o feminismo há um maior empoderamento, inserção no mercado de trabalho, maior liberdade sexual e, conseqüentemente, há um ganho de poder e autonomia sobre a maternidade, refletindo nas relações parentais (Paravidini et al, 2008).

Com as diversas mudanças sociais e, em consequência das relações intrafamiliares, percebe-se que os pais apresentam uma dificuldade em transmitir autoridade para os filhos, como aponta Kehl (2001) citado por Rosa e Lacet (2012, p. 363):

A patologia da família atual não se refere às novas configurações de parentesco, mas à dívida das famílias que se representam como desestruturadas em relação à família nuclear do passado, e referidos a esse ideal os pais hoje apresentam dificuldade em sustentar seu lugar de autoridade e responsabilidade diante dos filhos. Relatam que a mesma cultura moderna que prega que se exerça a função de parentalidade de maneira

diferente de nossos antepassados, também apregoa o ideal perdido da família do passado, gerando um sentimento de insuficiência em relação a esse modelo ideal de família. Nesse sentido, a sustentação simbólica transmitida pela família perderia a consistência dada pela tradição; o que esta diz ser pai e mãe não corresponde à experiência do exercício da parentalidade hoje.

As funções simbólicas da parentalidade entram em crise nas novas configurações sociais, pois a lei do pai que, simbolicamente, tem a função de ordenação do sujeito e é constituinte, não consegue se sustentar ocasionando o “declínio social na Imago do Pai” (Quagliatto, 2017). O que isso representa, como aponta Castro (2015), é o desamparo das crianças frente às referências de autoridade e limites, conseqüentemente, alterando o lugar destas na sociedade.

A conjuntura atual é favorável para a mudança do lugar da família, das crianças e da dificuldade na transmissão da Lei. As crianças são inseridas cada vez mais cedo nos ambientes sociais, seja pela necessidade dos pais de trabalhar ou pelo desejo de que seus filhos sejam bem informados e se desenvolvam intelectualmente mais rápido para serem mais inteligentes e produtivos. Porém, esses lugares possuem suas próprias leis que são transmitidas anonimamente e tecnicamente (Rosa & Lacet, 2012). Com isso, as referências simbólicas, segundo Cecarelli (2002) citado por Paravidini et al (2008), encontram-se “esvaziadas ou deslocadas” (p. 200). Antes educação e a interdição eram transmitidas pelos pais, agora é feita fora de casa, a autoridade paternal é substituída pelo saber social (Castro, 2015).

Essas exigências sobre as crianças, ao estimular as suas capacidades desde bem pequenas para torná-las autônomas e produtivas, vêm do desejo dos pais (gozo narcísico) e das demandas sociais visando à intenção da criança apresentar características funcionais propostas por ideologias políticas, psicológicas, científicas, pedagógicas etc. O declínio da Imago paterna aparece por intermédio destas propostas ideológicas, tecnológicas e mercantis. A função do pai é substituída pela ciência que “gera e modela as crianças” (Paravidini et al, 2008). E, como

aponta Castro (2015), o discurso da ciência propõe valores impessoais, o que acaba desconsiderando a subjetividade de cada um.

Vivemos em espaços exclusivos sendo que cada geração possui o seu espaço delimitado por idade, interesses e habilidades. Assim, as organizações sociais atuam de forma impessoal e o sujeito contemporâneo sofre com a dissociação do lugar que possui dentro da família, ou seja, pela dissociação que as organizações promovem na sua singularidade, não havendo uma única referência (Rosa & Lacet, 2012).

Além da crise das funções parentais, percebe-se que o consumismo é o modelo social atuante na contemporaneidade. Os pais colocam seus filhos como um ser que pode ter tudo, fazendo o máximo para que estes evitem o desprazer e a frustração, mediando essa necessidade de ter tudo pelo consumo e pelo excesso. Em alguns casos, isso acontece antes mesmo dos filhos nascerem, quando as famílias enchem os quartos de roupas, brinquedos e acessórios. O consumo também aparece pelo excesso de informações para as crianças, principalmente por via da tecnologia (Paravidini et al, 2008).

O excesso do consumo reflete até na brincadeira. É pelos jogos que se formam vínculos sociais, aprende-se a ganhar e perder, criar e seguir regras, construir, interagir, manifestar as emoções e assim por diante. Porém, na contemporaneidade isso está mais distante da realidade das crianças, pois os brinquedos atuais estão cada vez mais tecnológicos e automáticos, não promovendo o lúdico e a criatividade.

A tecnologia silencia os sujeitos, inclusive as crianças. O lazer é voltado para televisão, computador, vídeo-games, brinquedos eletrônicos, objetos automáticos que, na maioria das vezes, não promovem a imaginação, o que ocasiona um adestramento do imaginário infantil. Esse é o novo brincar que favorece ao consumo, logo, ao capitalismo neoliberal. Nesse sentido, a subjetividade da criança vem por via da cultura consumista. O brincar agora é algo lucrativo

para as indústrias, portanto, as crianças e adolescentes são os sujeitos com maiores potencialidades de consumir, sendo seduzidos pelo marketing da mídia (Silva, 2012).

As crianças são estimuladas desde muito cedo, pois percebemos que a maioria delas já mexem sozinhas em celulares e computadores e, às vezes, sabem mais que um adulto. Postman (1999) afirma que uma das diferenças entre a criança e o adulto é o conhecimento, mas a partir do momento em que as crianças possuem um acesso maior e até exagerado de conhecimento e informações, essa distância entre o adulto e a criança torna-se reduzida. Antes o que era reservado somente ao adulto, agora é compartilhado. As crianças e os adultos possuem os mesmos gostos, mesmos hábitos, mesmas comidas e interesses.

Na contemporaneidade, há uma grande dificuldade de simbolização pelas crianças, pois tudo já é “dado”, como vimos. Os filhos podem e devem ter tudo, além de que devem satisfazer os ideais parentais não realizados para que não sofram (Paravidini et al, 2008). Os sujeitos precisam ter objetos para assim atingir a felicidade, ideia essa fartamente transmitida principalmente pela mídia.

O que dissemina padrões é a cultura em que vivemos. Os padrões do sujeito contemporâneo seguem a lógica capitalista neoliberal, a de consumir cada vez mais, sem reflexão, ou seja, o sujeito só reproduz aquilo que é proposto pela mídia numa repetição infundável de comportamentos. Porque, ao consumir, as necessidades construídas socialmente pela mídia de ter tudo e ser feliz são aparentemente satisfeitas (Silvia & Oliveira, 2016). Ou seja, além de sujeito consumista, há o apagamento deste, pois tudo é preenchido pelo consumo na tentativa de apagar a falta. Então, como é possível desejar se não há falta? (Rosa & Lacet, 2012).

Os pais, ou quem exerça essa função, tentam realizar seus ideais por meio dos filhos, na condição de que estes são perfeitos, tentando não deixar que lhes falem nada (Rosa & Lacet,

2012). Por meio desta busca incessante para minimizar o desprazer, a frustração e a falta, que são importantes para a constituição psíquica do ser humano, não realizam o trabalho do luto em relação a algo perdido e não realizado. O que vamos encontrar é uma tentativa de substituição alucinada por um objeto que, posteriormente, será traduzido em um grande mal-estar e insegurança frente às adversidades da vida (Paravidini et al, 2008). Os pais não transmitem a falta aos filhos, pelo contrário, tentam mascarar-la com objetos, sendo esses objetos de prazer ou gozo. Ainda segundo Paravidini et al (2008), há a abdicação de si mesmo, fortalecendo o declínio da autoridade paterna, abrindo espaço para a permissividade e hedonismo nas relações.

Portanto, o sujeito tenta encobrir a falta por meio do consumo, uma sensação de completude efêmera, transmitida pela mídia, pela ideia do “sucesso imediato, construída nos modelos de sucesso, personagens de vida pública que se tornam referência de como deveríamos e, principalmente, poderíamos ser” (Paravidini et al, 2008, p. 202).

3 Processo de criação de Políticas Públicas na perspectiva da Saúde Mental para a Infância no Brasil

Pensar a infância como um período universal, além de generalista, é limitado, pois se fecha para amplas possibilidades de existência. A forma como se compreende as crianças influencia diretamente na maneira que se faz e se estrutura o cuidado no âmbito das políticas públicas. É importante percorrer o caminho histórico da construção dessas políticas para compreendermos o que existe hoje na Saúde Mental infanto-juvenil.

Primeiramente, é preciso entender o conceito de políticas públicas. Hofling (2001, p. 31) citando Gobert e Muller (1987), afirma que é o “Estado em ação”, ou seja, um projeto do governo que visa aos programas e às ações voltadas para setores da sociedade. A

implementação e manutenção dessas políticas são de responsabilidade do Estado – conjunto de instituições permanentes –, mas que envolvem diferentes órgãos públicos. A política pública é um campo multidisciplinar que repercute diretamente na vida em sociedade e são construídas a partir de diversas áreas do conhecimento para prevenir ou remediar situações de vulnerabilidade social (Souza, 2006).

No Brasil, na última década, houve um grande avanço no desenvolvimento de políticas no âmbito da saúde física e mental infanto-juvenil. Além disso, a taxa de mortalidade infantil e de crianças fora da escola diminuíram significativamente por meio das medidas de inclusão social oferecidas por governos mais recentes (Pacheco, 2015). Porém, a criação das políticas públicas voltadas exclusivamente para a infância e adolescência na Saúde Mental no Brasil foram estruturadas somente no século XXI (Martins, 2017). É importante analisar como foi o processo de implementação dessas políticas no país para compreendermos o porquê da demora no investimento da Saúde Mental infanto-juvenil.

Visto que todos precisam de cuidado, atenção e políticas que garantam seus direitos, pode-se perceber que as ações e investimentos voltados para as crianças e adolescentes chegam por dois lados, como aponta Quagliatto (2017): pelo ECA que assegura direitos, proteção, acesso à saúde e educação e pelo discurso da ciência, com medidas de prevenção e controle, que possui origem histórica. Na nossa sociedade ainda existe marcas de violência de fundo constitutivo do país, principalmente, no que diz respeito ao controle dos corpos, normas e exclusão, marcas que refletem na execução das políticas públicas atuais, como veremos mais adiante.

No período Colonial, não se tinha cuidados específicos para as crianças neste período, havendo uma taxa de mortalidade infantil muito alta, pois o cuidado era pautado em

superstições, religião e costumes antigos. A religiosidade estava muito presente na forma de dar sentido às enfermidades e à morte infantil (Priori, 2015).

A partir do século XIX, depois do debate na Academia Brasileira de Medicina em 1846, a atenção direcionada para as crianças se altera novamente, instaura-se um cuidado higienista para amparar as crianças, evitando a morte prematura. Esses cuidados passam a ser feitos por “especialistas”, aliados à burguesia, que propõem e executam normas de saúde para a sociedade. Quando essas práticas higienistas entram em vigor, há maior controle das crianças, não por parte da família, mas pelo Estado e pela escola que ditavam modelos ideais e rigorosos de cuidados, alterando novamente as configurações familiares. Havia um grande controle sobre o que as crianças podiam ou não fazer, principalmente sobre a sexualidade e sua manifestação, que era repreendida. Os médicos buscavam causas e soluções para a mortalidade infantil, entre elas estavam a necessidade de mudanças na alimentação e nos costumes familiares - que ainda eram coloniais- e uma sugestão foi que as crianças deveriam ir para escolas internas, pois lá receberiam uma educação de qualidade (Ribeiro, 2006).

Portanto, novamente, o olhar sobre as crianças ricas e pobres era pautado por perspectivas diferentes. As ricas recebiam os cuidados básicos das políticas sociais e eram de responsabilidade dos pais, logo, eram enviadas para colégios internos (Cirino, 2001 como citado em Marques, 2017, p.22). Com a abolição da escravidão e o aumento significativo da desigualdade social e criminalidade, as crianças pobres são associadas às “desordens” sociais. Assim, esses sujeitos fora da “normalidade” deixam suas famílias e são enviadas para instituições para serem corrigidos, ficando sob responsabilidade do Estado e eram denominados como menores (Martins, 2017). Foram criados diversos hospitais psiquiátricos nessa época para, teoricamente, “tratar” as pessoas que não se encaixavam no discurso científico sobre a

normalidade. Porém, apenas no século XX criou-se um código voltado exclusivamente para os menores.

Em 1927 surge o primeiro código específico para os menores, denominado de “Código Mello Mattos”. O Estado passa a ser responsável pela tutela da criança órfã, abandonada e “delinquente” que ficava institucionalizada à mercê de uma decisão judicial. Esse código era destinado apenas às crianças e adolescentes que estavam em “situação irregular”, sendo dever do governo e da família que cuidasse dos menores de dezoito anos (Rizzini & Pilotti, 2009).

No Estado Novo, em 1942, surge o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) que consistia em um sistema penitenciário para os menores. Durante a ditadura militar, foram incluídas mais duas legislações referentes à infância e à adolescência: a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e o novo Código de Menor (1979). A primeira manteve o regime do SAM, já na segunda houve uma revisão no Código de 1927 (Lopes & Ferreira, 2010). O Código de Menores torna-se obsoleto com as mudanças sociais, além das denúncias de medidas violentas contra crianças e adolescentes por meio da aplicação do código pelas FEBEMs na “reeducação dos menores”, código este que intensificava a criminalização e a exclusão (Rizzini & Pilot, 2009).

A necessidade de criar políticas para contemplar especificamente as crianças e adolescentes, só aparece quando o país se vê em desordem, ou seja, quando precisa “reparar” comportamentos de crianças e adolescentes que fogem à ordem. Até então não existia nenhuma política de prevenção, pois o que se tinha era estruturado para corrigir e punir depois de algum problema constituído, desconsiderando a subjetividade e, principalmente, a história de vida de cada um. No entanto, nada havia que garantisse de fato os direitos dos sujeitos, a forma de cuidar e tratar era pelo encarceramento.

Em 1990 é criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assegurando a toda criança e a todo adolescente o direito à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à família, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, entre outros direitos para todas as crianças. Por ter ações direcionadas exclusivamente à proteção efetiva de crianças e adolescentes, configura-se uma proteção contra campanhas conservadoras que pregam medidas extremas como a redução da maioridade penal, endurecimento de penas e a implantação de uma política de tolerância zero. É importante ressaltar que, apesar de ser uma medida essencial, seu discurso está ligado a uma noção de infância e adolescência como um período universal, ou seja, igual para todos (Coimbra, Brocco & Nascimento, 2005).

O ECA atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover à criança e aos adolescentes direitos por meio de políticas públicas que garantam o desenvolvimento destes, como também, serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2014). Assim, essas mudanças sociais e o novo olhar sobre a infância pela implementação do ECA geraram um campo para pensar em políticas públicas voltadas exclusivamente para a Saúde Mental de crianças e adolescentes (Martins, 2017). Esse processo começa em 2001, uma inclusão tardia, que é justificada por Couto (2002) como citado em Martins (2017, p. 24) da seguinte forma: “deve-se ao fato da sociedade não atribuir a condição de loucura a uma criança e ter a visão dela como um aprendiz que está em desenvolvimento e por esta visão se torna alvo de políticas assistenciais e educacionais”. Dessa forma, tudo era criado para reparar o que fugia à ordem, pois uma criança não era vista como um sujeito propenso ao sofrimento psíquico, isso era atribuído apenas aos adultos.

Até o final do século XX, não existia no Brasil uma política de Saúde Mental infanto-juvenil, as crianças e os adolescentes eram enviados para manicômios junto aos adultos. A assistência vinha por meio da exclusão e afastamento da sociedade, uma vez que no período republicano a finalidade era criar pessoas saudáveis para o futuro da nação, sendo as ações do

governo direcionadas apenas no sentido de prevenir doenças físicas, pobreza e abandono, encobrindo e ignorando a existência de sofrimento psíquico na infância e na adolescência (Couto & Delgado, 2015).

3.1 O Cuidado na Saúde Mental

Atualmente, por meio das conquistas ao longo de muitos anos de luta, há vários dispositivos públicos que potencializam o atendimento infanto-juvenil. Citando os quatro principais temos: 1- dispositivos de saúde geral: atenção Básica-Primária realizada pelos Programas de Saúde da Família (PFS) para ações de prevenção e detecção precoce de questões de saúde mental; 2- dispositivos de base territorial como ambulatorios de saúde mental e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II, III, infanto-juvenil, álcool e drogas; 3- dispositivo por via da educação básica que inclui a educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e instituições filantrópicas como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) que visa à educação de alunos com deficiência; 4- dispositivo de assistência social que possui o objetivo de desenvolver ações de proteção em situações de vulnerabilidade social, realizado pelos Centros de Referências da Assistência Social (CRAS) visando à justiça/defesa de direitos, zelando pelo cumprimento de direitos das crianças e dos adolescentes com políticas formuladas e deliberadas pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança, sendo, ainda, acompanhadas e fiscalizadas pelos Conselhos Tutelares e, nas situações de violação de direitos, atendidas pelo Centros de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS (Brasil, 2014).

Com foco na compreensão sobre a Saúde Mental é possível analisar, em um breve resgate histórico, como se deu a inserção das crianças e adolescentes nas políticas de Saúde Mental no Brasil, considerando a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa inserção significou para

a as crianças e adolescentes a garantia de um serviço de Saúde Mental baseado no cuidado e na liberdade, além do reconhecimento destes como cidadãos que necessitam de ações que os reconheçam em sua singularidade e particularidade (Couto & Delgado, 2015).

A infância e juventude entram na agenda de Saúde Mental apenas em 2001, após a III Conferência Nacional da Saúde Mental com a promulgação da Lei 10.216. As novas políticas estão articuladas com a política geral de saúde mental de caráter intersetorial. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que até esse período eram exclusivos para adultos, passam a ser estendidos para os cuidados com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (Couto & Delgado, 2015). Posteriormente, a Portaria 336/2002 aponta para a criação do CAPS exclusivo para crianças e adolescentes com transtornos mentais, os CAPSi (Brasil, 2002).

O CAPSi é um serviço público, financiado pelo SUS e atua de forma territorial, sendo composto por uma equipe multiprofissional estruturada por um psiquiatra (no mínimo), neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil e juvenil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (podendo ser: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo) e cinco profissionais de nível médio. Os CAPSi devem oferecer atendimento e tratamento para crianças e adolescentes de acordo com a especificidade de cada caso (Couto & Delgado, 2015).

O trabalho é feito, prioritariamente, para pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente, além das que possuem dependência de álcool e outras drogas ou estejam em situações que as impossibilitam de estabelecer laços sociais. Os CAPS buscam ampliar as ações em saúde mental, para que os sujeitos se reabilitem socialmente, sendo o seu trabalho realizado em espaços coletivos, tais como: grupos, assembleias de usuários e reunião da equipe de forma que sua atuação esteja articulada com outros serviços de saúde e, se possível, com a família. A coordenação da unidade fica sob responsabilidade do próprio CAPS (Brasil, 2014).

3.2 Acompanhamento Terapêutico e Saúde Mental

Compreende-se que, no atual contexto, a atenção em saúde mental é descentralizada, interdisciplinar e intersetorial, buscando sempre o processo de reabilitação e autonomia do indivíduo (Pitta, 2001 como citado em Pitiá & Furegato, 2009, p. 68). Os CAPS possuem projetos e atividades terapêuticas de acordo com as demandas de cada unidade e contam com uma equipe multiprofissional.

No CAPSi do município de Uberlândia, por exemplo, a instituição contava com as seguintes atividades: oficinas terapêuticas, atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares, atendimento médico, distribuição de medicação, reunião da equipe, fóruns intersetoriais, supervisões clínico-institucionais e capacitação para a equipe. Composto por uma equipe de psicólogos, assistentes sociais, enfermeira, técnicos de enfermagem, médicos (clínico geral e psiquiatra), farmacêutico, redutores de danos, auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais, além de acompanhantes terapêuticos que eram estagiários de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (Martins, 2017).

A minha experiência como acompanhante terapêutico (dezembro 2015 a dezembro de 2017), no CAPSi de Uberlândia, permitiu o delineamento deste trabalho possibilitando compreender a representação contemporânea da infância e como essa representação influencia os cuidados atuais, previstos no tratamento em Saúde Mental. Esse trajeto conduziu-me à busca da compreensão sobre a proposta de Acompanhamento Terapêutico (AT) e sua atuação para com crianças.

O AT surge, no contexto da reforma psiquiátrica, quando há a desconstrução do modelo tradicional de atendimento para pessoas em sofrimento psíquico apresentando formas mais

humanizadas de olhar para esses sujeitos em sofrimento. O cuidado antes era realizado apenas no modelo asilar, sendo o hospital psiquiátrico e o enclausuramento a referência básica. Nesse sentido, com a reforma psiquiátrica, houve a ampliação e humanização dos cuidados, as ações terapêuticas deixam de ser uma decisão apenas dos médicos, passando a ser responsabilidade de todos os profissionais da saúde e da comunidade, além da inserção das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade. O cuidado agora não é mais pela internação, exclusão e afastamento do convívio social (Amarante, 1999, Lobosque, 1997 como citado em Pitiá & Furegato, 2009, p. 69).

O AT começou dentro das comunidades terapêuticas argentinas e, inicialmente, o trabalho era realizado por leigos para com pessoas em sofrimento psíquico a pedido dos psiquiatras, para assim evitar internações e tentar a ressocialização desses sujeitos (Neto, Pinto & Oliveira, 2011). É uma prática derivada de propostas psicanalíticas que tinham o intuito de reconfigurar e reorganizar os modelos de cuidado em Saúde Mental (Guedes, 1993, como citado em Pitiá & Furegato, 2009).

Por volta dos anos 70, na Argentina, como aponta Chauí-Berlinck (2010), os profissionais nos ATs eram conhecidos como auxiliares ou atendentes psiquiátricos, cuja função era acompanhar os pacientes dentro das instituições psiquiátricas e em algumas atividades fora dela. Conforme foi tornando-se uma prática mais comum, passa a ser denominada de ‘amigo qualificado’. No Rio de Janeiro, surge na Clínica Vila Pinheiros, com a mesma função. Com o tempo, os ‘amigos qualificados’ vão se afastando das instituições e ganhando as ruas e espaços públicos juntos aos pacientes. Essa nova figura vai ganhando corpo, sendo agora denominada de Acompanhante Terapêutico, com uma proposta metodológica de trabalho que não se resume a um amigo com qualificações.

Essa função é uma alternativa à internação, em suma, é um trabalho que visa à socialização ou ressocialização de pacientes em sofrimento psíquico e ou vulnerabilidade social. Ou seja:

podemos dizer que o trabalho do acompanhante terapêutico é uma intervenção voltada para a socialização, um fazer que procura atender as necessidades e desejos da pessoa a partir de situações reais da vida do indivíduo, permitindo que novos horizontes sejam vislumbrados e que haja o exercício de seus direitos (Chauí-Berlinck, 2010, p.95).

Nesse contexto, “o AT possui um compromisso ético e político relacionado à desinstitucionalização da loucura, juntamente, com um compromisso estético de criação de novos modos terapêuticos de se relacionar com o paciente” (Meira, 2013). O mais importante é que o AT acontece no devir, nos meios públicos e no contexto do acompanhado.

Inicialmente, o AT era um atendimento voltado para os adultos, mas com a entrada das crianças e adolescentes na agenda da Saúde Mental e a necessidade de atendimento que promova a autonomia e considere a singularidade, compreendeu-se a importância de realizar essa modalidade de acompanhamento também com crianças e adolescentes.

Como vimos, o cuidado na saúde mental para crianças e adolescentes é recente e o acompanhamento terapêutico voltado a esses sujeitos é mais recente ainda. Nesse sentido, segundo Meira (2013), estamos em permanente expansão, pois o acompanhante terapêutico da criança tem a função de convocá-la a outros caminhos, de acordo com a sua demanda e necessidades, possibilitando a experiência sem traçar meios automáticos. Dessa forma, o acompanhamento é no território em que esse sujeito está inserido, por exemplo, o brincar na rua, na praça, no futebol, é o fazer junto. Para além da teoria, é lidar com o imprevisível a fim de buscar o restabelecimento do laço social coletivo.

Na contemporaneidade, as crianças são extremamente marcadas pelo consumismo, pelo controle em seu espaço e no espaço público, além de serem enquadradas em um modelo ideal,

proposto pela mídia e pela ciência. O AT possibilita acompanhar a criança na sua singularidade, desatada de todos esses olhares e estigmas que a prendem, abrindo caminhos para a experiência e para o novo (Meira, 2013).

Ainda segundo Meira (2013), é a criança que leva o acompanhante para dentro da sua fantasia, do seu jeito único de funcionar e observar os contornos urbanos. Sendo assim, não há roteiros previsíveis, sendo vital se desprender da necessidade do consumo e da rotina que a automatiza. Deve-se romper com o sintoma da criança que se encaixa dentro de um discurso científico e estigmatizante. O AT se faz possível e necessário quando há a necessidade de medidas de inclusões, proteção e cuidados para a infância, muitas vezes engolfadas por tratamentos medicamentosos que buscam eliminar as diferenças, sendo automático e cheio de roteiros, tentando o controle de corpos e ordenamento social. O AT pode potencializar a forma de existência apostando na singularidade, liberdade e autonomia da criança como um ser único.

4 Relato de Experiência como AT no CAPSi

A estruturação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) é o principal instrumento de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois a partir de um PTS é possível a articulação entre o coletivo e o individual, além de colocar o usuário como sujeito ativo no seu tratamento, favorecendo sua autonomia e singularidade (Carvalho, Moreira, Rézio & Teixeira, 2012). Nesse sentido, o CAPS deve ampliar o cuidado na Saúde Mental, possibilitando a escuta dos sujeitos com suas particularidades e no seu território. Para um projeto bem estruturado, é fundamental que se discuta as práticas terapêuticas dentro da rede, articuladas por uma equipe multidisciplinar (Brasil, 2009).

A proposta do Projeto Terapêutico Singular vai ao encontro das propostas da reforma psiquiátrica buscando, principalmente, a autonomia e reinserção na sociedade das pessoas em

sofrimento psíquico (Carvalho, Moreira, Rézio & Teixeira, 2012). A Clínica Ampliada é uma alternativa quando o tratamento se esbarra nos limites da clínica tradicional. O Acompanhamento Terapêutico, por exemplo, é uma modalidade dessa clínica. Seguindo as diretrizes do PTS, busca sair de espaços fechados, automatizados e medicamentosos, fortalecendo as potencialidades em meio à cidade, circulando entre o território e a referência institucional, mas sem o enclausuramento (Brasil, 2009).

Nesse âmbito, as políticas de saúde mental devem ir além do tratar que se resume em medicar, postulando que é fundamental acolher, escutar e cuidar para possibilitar ações emancipatórias e melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, colocando-os em participação ativa em seu tratamento. O mais importante é que o cuidado seja estruturado de forma a considerar as singularidades de cada um, percebendo as suas condições e limites (Brasil, 2014).

Considerando que crianças e adolescentes também são sujeitos propensos ao sofrimento psíquico e possuem o direito de ter atendimento adequado, foi proposta uma parceria da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) com o CAPSi de Uberlândia (principal referência para o tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico da região), para a inserção e atuação de discentes do curso de Psicologia com o intuito de realizar cuidados em uma perspectiva territorial, comunitária e social, condizentes com a proposta do acompanhamento terapêutico da clínica ampliada na rede.

A prática a ser descrita apresenta um relato de experiência ensino-aprendizagem de um projeto de extensão, portanto, não houve a necessidade do encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução n.196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto teve início em agosto de 2015, no qual participei até dezembro de 2017. Inicialmente, contava com 4 estagiários, 1 coordenador-supervisor (professor da Universidade) e 1 supervisora do CAPSi cuja função era de subcoordenadora. Os objetivos eram: inserir o

estudante no trabalho territorial da Rede Pública de Saúde Mental Infanto-juvenil na modalidade de Acompanhamento Terapêutico, além de acompanhar os trabalhos dos profissionais da Rede Pública de Saúde Mental Infanto-juvenil; acompanhar como AT os pacientes indicados pela Rede; promover o trabalho e uma lógica de cuidado territorial, comunitário e social na Rede Pública de Saúde Mental e promover a parceria, entre a Universidade e a Rede Pública para o trabalho em Saúde Mental Infanto-juvenil, conforme consta no Projeto de Extensão - Acompanhamento Terapêutico (AT) na Saúde Mental Infanto-Juvenil de Uberlândia .

Inicialmente, foram realizadas diversas reuniões para entender o funcionamento da rede dentro de Uberlândia, além do estudo sobre as vicissitudes do AT. Posteriormente, alguns casos foram sugeridos pela equipe do CAPS e escolhidos pelos estagiários. Após várias supervisões e discussões que relacionavam a teoria e a prática, começamos a acompanhar alguns pacientes. A partir do acompanhamento do meu caso e das supervisões, pude perceber a potencialidade desse trabalho na rede, além da reflexão sobre o modo como a construção social da infância influencia o cuidado em saúde mental infanto-juvenil. Essa experiência culminou nas reflexões propostas neste trabalho, sendo que acompanhei um paciente nesse projeto, e os primeiros acompanhamentos eram realizados em dupla- por mim e pela coordenadora- e a partir da quarta visita comecei a ir sozinha.

Por meio da minha experiência no CAPSi, dos estudos e do encontro com algumas crianças como acompanhante terapêutico foi possível compreender que realizar este trabalho é saber se desprender e ao mesmo interagir com as amarras teóricas, é o produzir e o construir junto e, às vezes, se sentir o intruso naquele contexto, como por exemplo, as vezes em que eu chegava e a família inteira estava dormindo. Portanto é utilizar da rua, das andanças e até dos desconfortos, um instrumento para o cuidado. Como Meira (2013) aponta, os caminhos do

acompanhante terapêutico da criança se abrem em uma tentativa de sair do automatismo dos sintomas e do discurso científico que define os modos de ser.

Sendo assim, acompanhar é estar na rotina daquele sujeito percebendo-o, algumas vezes, sem palavras para se entender a riqueza de outras formas para se comunicar. O novo e imprevisível está presente o tempo todo, além dos estigmas e formas de ser que são construídos como representações da criança, avaliando sempre como tentar rompê-los, principalmente, no que diz respeito às maneiras de comportar para ser “normal”. Esses estigmas são frutos de todo o processo social da construção da infância, especialmente do controle que sempre houve sob as crianças, sobre os cientificismos pautando os cuidados, sobre a crença da pureza e inocência que impedia de se dar ouvidos ao que a criança tem a dizer de si, dos sonhos, do mundo e de tudo que a cerca.

Nos dois anos como AT, entre idas à escola dos acompanhados, idas ao CAPS, conversas com familiares, pude perceber o quanto algumas medidas de inclusão favorecem a exclusão, e, como isso, afetam a criança em seu sintoma. Percebe-se um mal-estar entre as crianças e adolescentes, como aponta Voltolini (2015, p.223), “um sentimento de incompreensão e falta de verdadeira consideração de singularidade”. Às vezes, algumas medidas visam tanto à inclusão incondicional que acabam desconsiderando o sujeito e seu desenvolvimento como singular. Alguns investimentos no cuidado aparecem no sentido de eliminar as diferenças, como uma forma de fazer igual com todas as crianças para se desenvolverem de modo certo, em uma tentativa de controle dos corpos ou de um ordenamento social e, principalmente, institucional. A tentativa de controle só favorece à exclusão, pois, assim, os sujeitos têm que se enquadrar ao que é considerado normal pelos adultos ao seu redor.

Ainda existe uma visão de infância normativa na qual as crianças se desenvolvem de uma forma única. Essa concepção interfere no cuidado, pois visa a aplicar formas de ser e de

cuidar como se fosse um manual em que todas as crianças postulam o mesmo desenvolvimento, o que acaba excluindo a subjetividade de cada um. A criança dificilmente possui um lugar de fala e de compreensão da sua singularidade. Evidentemente não se pode generalizar, mas durante o meu estágio como AT a predominância dessas questões do controle, das normas e das maneiras corretas de cuidar eram o que mais me inquietava.

A experiência enquanto AT me permitiu estar no contexto territorial do acompanhado, com a família, amigos, durante partidas de futebol, pois há de considerar todo o social, para que se possa realizar um trabalho psicanalítico, é grandioso poder acompanhar um pouco da rotina e realizar intervenções ali mesmo. Como analisa Meira (2013 p. 44) é: “encontrar, em espaços públicos e culturais da cidade, trocas possíveis entre as crianças e a arte e a cultura, espaços subjetivantes, marcados por traços de cidadania, simbólicos por excelência”.

Percebi que, nas diferenças e “desordens” presentes na infância, sempre haverá algum terceiro para falar sobre, desconsiderando a criança e sua voz. Na maioria das vezes, a aposta é apenas no biológico, no remédio, na ordem e no controle, em busca de um ideal de ser criança, que é certamente inatingível. Porém, o que mais me encantava enquanto AT era a possibilidade de ser resistência frente a esses modelos tradicionais e científicos de cuidar. Dar voz e escuta a quem o tempo todo é silenciado, deixar se guiar em outro território, e com isso, sentir um frio na barriga ao lidar com as adversidades dos campos desconhecidos.

O sentimento que fica por essa experiência é o de me distanciar da minha realidade e abrir mão dos meus desejos de “cura” frente ao acompanhado. Esse desejo é uma linha muito tênue, se deixar levar por expectativas pessoais é cair no tradicionalismo e automatismo, dos quais tentamos tanto desconstruir. Nesse sentido, considero fundamental a supervisão para que possamos nos colocar no nosso lugar de acompanhante.

Estar como AT é lidar com angústias como, por exemplo, no momento em que a presença não se faz mais necessária e é preciso ir embora. As demandas se alteram e a dor da despedida é grande, pois o trabalho com aqueles sujeitos virou parte da rotina. Minha presença não era mais precisa e foi sendo entendido após algumas falas e comportamentos da criança acompanhada, a que mais marcou foi: “tia, você está me atrapalhando brincar, ‘tá’ na hora de ir embora”. É uma desconstrução em nós também. Nesse momento, a angústia aparece: “será que fiz um bom trabalho?”, “será que de fato realizei algo com esse sujeito?”, “será que funcionou?”, estes são apenas alguns dos questionamentos que perpassam o trabalho e, principalmente, o final. É preciso dar voz a essas questões, acredito que são como o combustível para o trabalho, pois ter certeza sobre qualquer coisa é, de certa forma, se estacionar. A angústia inquieta e essa inquietação é necessária para mover o trabalho.

No mais, para acompanhar as crianças é preciso abrir mão dos diagnósticos que amarram e prescrevem comportamentos e formas de ser e aguçar a sensibilidade da escuta da percepção daquele que, por vezes, pode encontrar no que se considera ‘transgressão’ uma forma de linguagem e se permitir ocupar vários papéis efêmeros, mas potentes.

5 Considerações Finais

Nesse trabalho procuramos refletir, com base no regaste da construção social da infância, sobre o modo como os elementos históricos contribuem para uma visão normativa e tradicionalista das crianças, fundamentado por um relato de experiência como acompanhante terapêutica no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) de Uberlândia.

Desde a primeira infância, as crianças estão marcadas por um saber vindo por um outro e, a maioria delas, estão cercadas por um controle e vigília diária dos adultos. As formas de

controle surgem na tentativa de proteger e prevenir as crianças de sofrimentos, doenças e desconfortos. Elas aparecem por meio do cuidado, baseado no discurso científico e também como uma forma de socialização para inserir as crianças na cultura já estabelecida pelo processo de desenvolvimento do ser humano e que será percorrido pelo ciclo de vida de cada um. Castro (2010, p.224), fazendo uma análise foucaultiana sobre o domínio do corpo das crianças, parte do princípio de que os adultos ignoram os desejos infantis e que este saber, pautado na ciência sobre a educação dos filhos, favorece a entrada do Estado no controle dentro de suas próprias casas:

Legitimando intervenções, colocando-se como interlocutora dos atos dos pais no cuidado dos filhos, a Ciência e o Estado surgem no texto d'Os Anormais como elementos que irão conduzir as crianças de uma educação doméstica a uma pedagogia dos corpos a serviço de instituições além dos muros da casa.

Nesse sentido, os métodos que visam a disciplina fornecem o controle para um Outro sobre as operações do corpo dos sujeitos, tornando-os dóceis e passivos. Algumas medidas aparecem no sentido de disciplinar os desviantes para produzir indivíduos previsíveis e que seguem uma disciplina imposta pela norma social vigente (Foucault, 1996, como citado em Salztrager, 2011, p.1139). Isso acontece, inclusive, dentro das instituições.

A infância, como vimos, é estruturada pela cultura, não se trata apenas de um período do desenvolvimento. Sendo assim, a diferença com adultos é um produto histórico e cultural, que está em constante mudança (Noronha, 2007). Portanto, todo o processo que envolve a infância influencia a visão que conhecemos na atualidade. No Brasil, por exemplo, ainda é muito comum atribuir enfermidades, mortes, acontecimentos e comportamentos inesperados das crianças a Deus, isso se deve ao fato de como foi construída a visão da infância baseada em preceitos divinos, originária desde o Brasil Colônia e se arrastando até os dias atuais. Posteriormente, aparece o discurso da ciência, como aponta Ferreira, Couto e Facury (2013),

que busca regular, orientar e disciplinar o corpo da criança, ignorando a sua subjetividade e capacidade de dar voz para si mesma.

Atualmente, há várias denominações de doenças que rotulam e categorizam as crianças por meio de avaliações baseadas no discurso médico. Herança de um corpo que foi, primeiramente, visto como da natureza, depois como uma máquina, até virar objeto de estudo que vai além de uma forma de cuidado, mas de ser aprisionado em um discurso normativo. Esse discurso angustia e gera sintomas, sendo este o tempo da objetivação dos corpos de Foucault, que é entrelaçado à ciência e ao capital (Ferreira, Couto & Facury 2013).

Partimos da análise de que, na contemporaneidade, a transformação familiar mais forte foi o declínio da Imagem do Pai. O sujeito é guiado pela mídia e tecnologia, sendo administrado dentro de uma cultura de massa, conseqüentemente, não há espaço para o sujeito expor sua subjetividade (Marcuse, 1998). Não se pode desconsiderar as diversas transformações nas vidas das crianças, como por exemplo, o acesso exacerbado a informações, imagens, tecnologia, mídia, o imediatismo e rapidez das relações, o que não permite espaço para a elaboração. Dessa forma, o sintoma pode estar atrelado ao sentido do que não é elaborado e simbolizado pelo psiquismo infantil (Shicotti, 2013).

Segundo Birman (2006), uma das características da cultura atual é a hiperespecialização de saberes e práticas profissionais, o que acaba ocasionando a alienação do sujeito através da dessubjetivação, um discurso que aparece atrelado à ciência. A partir dessa hiperespecialização, surge um forte discurso de normatividade e os comportamentos entendidos como diferentes vira uma patologia, sendo reduzido a medicação para se encaixar em comportamentos padrões (Mendonça & Barros, 2014). No cuidado com as crianças, algumas vezes, é desconsiderado todo processo histórico, cultural, social e subjetivo que envolve o desenvolvimento humano, buscando atingir padrões ideais.

Neste sentido, percebe-se um número muito grande de diagnósticos em crianças atribuído aos comportamentos, às vezes violentos, às vezes indisciplinados, e que são controlados por discursos medicamentosos. Há algo a ser dito frente a essas maneiras de se expressar, pois, apesar da vigência da medicina, ainda há espaços para a escuta, sendo estes espaços uma resistência ao pensamento biologicista (Shicotti, 2013).

Ainda como afirma Shicotti (2013), é muito perigoso tentar eliminar a sintomatologia por meio apenas de remédios ou prescrições normativas de comportamentos das crianças que se apresentam desatentas ou hiperativas, por exemplo. É necessário oferecer uma escuta a estas crianças e às pessoas próximas a elas. O sintoma é um modo de expressão e tentar controlá-lo ou silenciá-lo é um ato violento. Portanto, o Acompanhamento Terapêutico, pode ser entendido como uma forma de resistência a esse modelo tradicional e científico estigmatizante de se tratar a sintomatologia das crianças “fora de ordem”.

Dentro dessa modalidade de cuidado foi preciso que me distanciasse de alguns discursos e conhecimentos tradicionais para ocupar o lugar do desconhecido, aquele de ouvinte frente às incertezas e aos discursos e caminhos das crianças, deixando elas próprias darem sentido aos seus sintomas e demandas, resguardando para não me fechar às novas possibilidades e cair na normatização da infância.

Não é possível desconsiderar os fenômenos da pós-modernidade como, por exemplo, a cultura consumista e o declínio na Imago Paterna. Os comportamentos são reflexos dos acontecimentos e mudanças da contemporaneidade, em vista disso, temos de dar voz às crianças para refletir sobre os seus sintomas e os seus comportamentos. Além de ser preciso pensar sobre os processos que nos fizeram entender e dar sentido à infância que conhecemos hoje.

Percebe-se que a criança volta a não falar de si quando controlada pelo desejo dos pais, pela escola, instituições, ciência etc. Em vista disso, fica um questionamento: será que em

algum momento da história a criança possuiu um lugar de fala? Posto isso, precisamos ser a força e a resistência para que a infância não seja apagada em uma normatização. Portanto, o AT é resistência, é arte, é cultura, é cidadania, é política e busca sair do tradicionalismo, para dar voz aos sujeitos silenciados e não se reter a falar sobre os sujeitos a partir das experiências individuais ou do que é considerado normal para determinada idade. É promover qualidade de vida por meio de cuidados em saúde mental que buscam a autonomia dos sujeitos, abrindo mão, muitas vezes, do cientificismo para estar aberto ao diálogo com o acompanhado, com a família, a comunidade e outros profissionais, buscando compreendê-lo de uma forma contextualizada. Estamos em permanente devir. Portanto, o processo de estruturação está presente a todo tempo, não podemos nos fechar aos sintomas das crianças que têm muito a nos dizer sobre a contemporaneidade e sua organização, mas com cuidado para não cair num determinismo ilusório e segregativo.

Referência Bibliográficas

- Andrade, L. B. P. (2010). *Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/109136>
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Birman, J. (2006). *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasil. (2002). Políticas Intersetoriais em favor da infância. Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas da Saúde/ Comitê da Primeira Infância. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0211pol_interset01.pdf
- Brasil. (2009). Clínica Ampliada e Compartilhada. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
- Brasil. (2014). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
- Carreira, A. F. (2009). Algumas considerações sobre a fantasia em Freud e Lacan. *Psicologia*. USP [online]. 20, (2), 157-171. ISSN 0103-6564. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642009000200002>.
- Carvalho, L.G.P, Moreira, M.D.S, Rézio, L.A. & Teixeira, N.Z.F. (2012). A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *O Mundo da Saúde*, 36(3),521-525. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf
- Castro, E. A. S. (2010). “É preciso vigiar as crianças desde o berço”: o discurso da ciência sobre a infância d'Os Anormais. *IV Colóquio de História 2010, UNICAMP*, 2016-228. Disponível em: <http://www.unicap.br/coloiodehistoria/wp-content/uploads/2013/11/4Col-p.216.pdf>
- Castro, M.G.B, (2015). A infância e a cultura do consumo na contemporaneidade. *Movimento-Revista de Educação*, 3, 273-293. Disponível em: <http://www.revistamovimento.uff.br/index.php/revistamovimento/article/view/267>
- Ceccim, R, & Palombini, A. (2009). Imagens da infância. In: M. S. Maia. *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Chauí-Berlinck, L. (2010). O acompanhamento terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1), 90-96. Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/530/397>
- Cirino, O. (2001). *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Coelho, A.A. (1999). Um estudo sobre a teoria pulsional na psicanálise. *Revista de Psicoanálise y Cultura*, 9. Disponível em: <http://www.acheronta.org/acheronta9/pulsoes.htm>
- Coimbra, C., Bocco, F. & Nascimento, M. L. (2005). Subvertendo o conceito de adolescência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 1(57), 2-11. Disponível em <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/6/9>.
- Couto M.C.V. & Delgado P.G.G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic. Clín.*, 1 (27), 17-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>
- Ferreira, A.E.P., Couto, M.P. & Facury, T.C.C. (2013). O corpo da criança e os discursos. *Almanaque*, 12, 1-9. Disponível em: <http://almanaquepsicanalise.com.br/o-corpo-da-crianca-e-os-discursos/>
- Góes, J. R. & Florentino, M. (2015). Crianças escravas, crianças dos escravos. In Del Priori, M. *Histórias das crianças no Brasil* (7ed., pp. 177-192) São Paulo: Contexto.
- Henick, A. C., Faria, P. M. F. de. (2015). História da Infância no Brasil. P. 25828. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/19131_8679.pdf
- Hofling, E. M. (2001). Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos CEDES*, 21(55), 30-41. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622001000300003>
- Lins, B., Silva, M. F. O. C., Lins, Z. M. B., & Carneiro, T. F. (2014). A compreensão da infância como construção sócio-histórica. *CES Psicologia*, 7(2), 126-137. Retrieved November 08, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802014000200010&lng=en&tlng=pt
- Lopes, J. P. & Ferreira, L. M. (2010). Breve histórico dos direitos das crianças e dos adolescentes e as inovações do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 12.010/09. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito* 7(7), 70-86. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/RFD/article/view/1967>
- Marcilio, M.L. (1997). A roda dos expostos e a criança abandonada no Brasil colonial: 1726-1950. In: Freitas. M. (Org.). *História Social da Infância no Brasil* (pp. 51-76). São Paulo: Cortez.
- Marcuse, H. (1998). A obsolescência da psicanálise. In H. Marcuse, *Cultura e Sociedade*. São Paulo: Paz e Terra.
- Martins, M. F. (2017). A trama paradoxal no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes usuárias de drogas. Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Psicologia)

- Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/20408>
- Meira, A. M. (2013). As crianças na cidade e o acompanhamento terapêutico. *Psicologia & Sociedade*, 25(spe2), 41-45. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000600006>
- Mendonça, L. G. L. & Barros, R. M. M. (2014). Nota sobre o silenciamento da criança na atualidade. *Estudos de Psicanálise*, (41), 125-131. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372014000100012&lng=pt&tlng=pt.
- Narodowski, M. (2001). Adeus à infância (e à escola que educava). In L. H. da Silva (Org.), *A escola cidadã no contexto da globalização* (pp.172-177). Petrópolis: Vozes.
- Neves, A. S. (2009). *Família no singular, histórias no plural: a violência física de pais e mães contra filhos*. Uberlândia: EDUFU.
- Noronha, C. V. (2007). O desaparecimento da infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1397-1399. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000500038>
- Pacheco, A. L. P. (2015). A criança como sintoma: mal-estar no Brasil. Trabalho apresentado na Universidad de Buenos Aires. Jornada “*El psicoanálisis en la crisis del lazo social*”. Disponível em: https://psicanaliseautismoesaudepublica.files.wordpress.com/2015/06/a_crianc3a7a_com_o_sintoma_analaurapratespacheco.pdf
- Palombini, A. de L. (2008). *Acompanhamento Terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Paravidini, J. L. L., Rocha, T. H. R., Perfeito, H. C. C. S., Campos, A. F., & Dias, A. G. (2008). Nascimento psíquico e contemporaneidade: implicações metapsicológicas nos modos de estruturação subjetiva. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(1), 195-224. Recuperado em 10 de novembro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Pitiá, A.C.A., Furegato, A.R.F. (2009). O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface - Comun., Saude, Educ.*, 13 (30), 67-77. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo133.pdf>>.
- Postman, N. (1999). *O desaparecimento da infância*. Rio de Janeiro: Graphia.
- Priore, M. D. (2015). O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In M. D. Priore (Org.), *História das crianças no Brasil* (pp. 84-106). São Paulo: Contexto.
- Prizskulnik, L. (2004). A criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações. *Psic: revista da Vetor Editora*, 5(1), 72-77. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142004000100009&lng=pt&tlng=pt.

- Quagliatto, T. M. (2017). A genealogia da infância marginal no Brasil: o governo do impossível. Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Psicologia)- Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/21096>
- Reis N., Raymundo O., Teixeira, P. A. C. & Oliveira, L. G. A. (2011). Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 30-39. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000100004>
- Ribeiro, P. R. M. (2006). História da Saúde Mental Infantil: A Criança Brasileira da Colônia à República Velha. In *Psicologia em Estudo, Maringá* 11(1), 29-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>
- Rizzini, I. (2004). *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro : Editora: PUC-Rio.
- Rizzini, I. (2006). Reflexões sobre pesquisa histórica com base em ideias e práticas sobre a assistência à infância no Brasil na passagem do século XIX para o XX. In *Congresso Internacional de Pedagogia Social*, 1. Faculdade de Educação: Universidade de São Paulo. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100019&lng=en&nrm=abn.
- Rizzini, I., & Pilotti, F. (2009). *A Arte de Governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil* (2. ed.). São Paulo: Cortez.
- Rosa, M. D., & Lacet, C. (2012). A criança na contemporaneidade: entre saber e gozo. *Estilos da Clínica*, 17(2), 359-372. Recuperado em 10 de novembro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200012&lng=pt&tlng=pt.
- Rybczynski, W. (1996). *Casa: pequena história de uma idéia*. Rio de Janeiro: Record.
- Salztrager, R. (2011). O sujeito entre a disciplina e o controle: sobre as instituições de confinamento e os fenômenos de massa. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 11(3), 1011-1038. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/271/27122346005.pdf>
- Schicotti, R. V. O. (2013). *TDAH e infância contemporânea* (Tese de doutorado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, SP, Brasil.
- Silva, A.T.T. (2012). A infância e o brincar na era tecnológica: a escola em questão. *XVI ENDIPE - Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino – UNICAMP*, 15-27. Disponível em: http://www.infoteca.inf.br/endipec/smarty/templates/arquivos_template/upload_arquivos/a cervo/docs/2028c.pdf
- Silva, T. A., Oliveira, M. R. F. (2016). Os Impactos da Indústria Cultural e Consumo na Infância: Reflexões Sobre o Brincar Tecnológico, *Anais do XI Seminário de Pesquisa em Ciência Humanas*, 4(2), 207-213. Disponível em: <http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/os-impactos-da-industria-cultural-e-consumo-na-infancia-reflexes-sobre-o-brincar-tecnologico-23566>

- Siqueira, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 71-80. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000100010>
- Souza, C. (2006). Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, (16), 20-45. <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>
- Voltolini, R. (2015). Miséria ética na educação inclusiva: por uma inclusão política mais do que social. *Educação, Porto Alegre*, 38,(2), 222-229. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/20048/13660>
- Zavaroni, D. M. L; Viana, T. C & Celes, L. A. M. (2007). A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia*. 12, (1), 65-70.