



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

KLESSYO DO ESPIRITO SANTO FREIRE

**EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE SOBRE AS QUEIXAS
ESCOLARES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-
JUVENIL DE SALVADOR- BA.**

Salvador
2017

KLESSYO DO ESPIRITO SANTO FREIRE

**EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE SOBRE AS QUEIXAS
ESCOLARES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-
JUVENIL DE SALVADOR- BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação,
Faculdade de Educação, da Universidade Federal da
Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em
Educação.

Orientador: Profa. Dra. Lygia de Sousa Viégas.

Salvador
2017

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA
para ser confeccionada pelo autor

F849 Freire, Klessyo do Espirito Santo

Educação e Saúde Mental: Uma análise sobre queixas escolares em um CAPSi de Salvador- BA / Klessyo do Espirito Santo Freire. -- Salvador, 2017. 151 f. : il

Orientadora: Lygia de Sousa Viégas. Dissertação (Mestrado - Mestrado em Educação) -- Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação da UFBA, 2017.

1. Educação Básica. 2. Saúde Mental. 3. Fracasso Escolar. 4. Medicalização. 5. Psicologia Escolar. I. Viégas, Lygia de Sousa. II. Título.

KLESSYO DO ESPIRITO SANTO FREIRE

**EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE SOBRE AS QUEIXAS
ESCOLARES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO
JUVENIL DE SALVADOR- BA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação,
Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia.

Banca examinadora

Lygia de Souza Viégas (Orientadora): _____
Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São
Paulo (USP).
Professora Adjunta da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Marilene Proença Rebello de Souza: _____
Livre- docência em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de
São Paulo (USP)
Professora Titular da Universidade de São Paulo (USP).

Rossano Cabral Lima: _____
Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
Professor Adjunto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

A todas as profissionais, crianças, adolescentes e seus familiares atendidas no CAPSi
pesquisado.

AGRADECIMENTOS

O caminho para a realização desse mestrado foi árduo e muitas pessoas especiais influenciaram direta ou indiretamente nele. Agradeço a todas elas por participarem desse processo que foi de grande transformação e mudanças, no qual pretendo seguir dando continuidade ao sonho e desejo que é trilhar o caminho da docência e da pesquisa.

Primeiramente, agradeço as profissionais, usuários e familiares do CAPSi pesquisado. Esse trabalho foi realizado com mais afincamento e dedicação para retribuir a maneira como fui acolhido no serviço. Sei que não é fácil ter alguém de fora participando das atividades no dia a dia, prezei pelo respeito e cuidado em todas as etapas dessa pesquisa para minimizar os possíveis impactos que causei ou poderia causar.

A CAPES que garantiu que pudesse ter uma dedicação exclusiva na realização dessa pesquisa.

À minha orientadora, amiga e parceira na luta contra a medicalização da vida, Lygia Viégas, um “muito obrigado” por me acolher de uma maneira muito afetuosa na vida acadêmica e na militância. Ela é um exemplo para mim e não estaria aqui hoje se não a tivesse conhecido. Pelas conversas, conselhos, músicas, piadas e risadas que ajudaram a tornar mais leve esse processo que foi o mestrado.

À professora Marilene Proença, por ter aceitado o convite de participar da banca na qualificação e na defesa e ler meu trabalho de forma dedicada e criteriosa. Ela é uma referência para mim na psicologia escolar e educacional em uma perspectiva crítica e na luta contra os processos de medicalização da vida, de maneira que foi uma honra e um motivo de muita felicidade tê-la na banca.

Ao professor Rossano Lima, também por ter aceitado o convite de ler esse trabalho. Seus escritos e indicações foram de grande importância para essa pesquisa. É uma honra e felicidade tê-lo na banca, ele se tornou uma referência para mim na saúde mental na infância e adolescência e na luta contra os processos de medicalização da vida. O mundo precisa de mais psiquiatras como você.

Ao grupo que compôs o GTPE do CRP03 no tempo no qual participei como colaborador e coordenador. Foi a entrada nesse grupo que me permitiu entrar em contato com a psicologia escolar e educacional em uma perspectiva crítica.

Ao Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, um espaço que para mim têm sido de militância, afeto e amizade em tempos de retrocessos tão tortuosos. Muito

dessa pesquisa veio das discussões e inquietações realizadas no Fórum. Agradeço a Jason, Jaque, Mariana, Tamiris, Rui, Fernanda, Lelena, Thaís, Lúcia, Bia, Marilene, dentre outros nomes que não cito aqui por falta de espaço.

Ao Núcleo Bahia do Fórum, a Meire, Elaine, Ricardo, Tito, Maria Fernanda, Jeferson, Hélio, Thaís, Lygia, Lili, Ariane e Bel. Esse coletivo potente esteve presente em cada letra dessa dissertação com toda a força que essa luta e militância reverberam em mim. A amizade é o mais importante e revolucionário dos afetos, comprovo isso a cada dia com esse Núcleo.

Ao grupo de pesquisa Educação, Política, Indivíduo e Sociedade (EPIS): leituras a partir da pedagogia, da psicologia e da filosofia que contribuiu bastante com as discussões, risadas e intimidades: Ariane, Bel, Cacio, Carmelite, Denise, Graça, Lili, Lygia, Meire, Michele, Sarah, Alberto, Paulo, Pérola e Antônio.

Às amigas e amigos que estiveram presentes de forma direta e indireta na dissertação Thaise, Stefanie, Georgea, Desirée, João Guilherme, Yann, Felipe, João Daniel e Victor. Um obrigado especial ao meu amigo Diego Correia, que mais uma vez aceitou traduzir o meu resumo. A compreensão pelos meus momentos de ausência e o apoio foram imprescindíveis para a realização desse trabalho.

A minha companheira Beatriz Hessel, mesmo entrando na minha vida no final desse trabalho, ajudou muito na finalização dele. Pela ajuda, conversas e apoio que você me deu. Concluir não é fácil, às vezes mais difícil que começar.

Aos meus pais, Angela e Clecio Freire, que são os grandes responsáveis por eu ter chegado até aqui. Por sempre me apoiarem nas minhas escolhas e buscarem o melhor para mim, mesmo que nem sempre eu tenha concordado. Lembro o meu pai tentando ensinar matemática a mim quando ia para as recuperações ou tirava nota baixa nas exatas no meu período escolar e a minha mãe me influenciando a seguir ao caminho da educação. Gratidão eterna.

O caminho para chegar até aqui foi composto de muitas pessoas, que mesmo não sendo citadas aqui, não diminui a importância delas. Obrigado a cada um de vocês.

FREIRE, Klessyo do Espírito Santo. **Educação e Saúde Mental:** Uma análise sobre as queixas escolares em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil de Salvador- BA. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

RESUMO

A história da educação no Brasil, especialmente a pública, tem sido marcada pelo descaso e pela precarização, expressando-se no alto número de alunos com queixa escolar. A expressão “fracasso escolar” tem sido usada para caracterizar esse problema crônico da educação brasileira. A explicação histórica e hegemônica para esse problema tem se centrado na criança e sua família, seja por supostas “deficiências biológicas” ou por supostos “déficits causados pela pobreza”. Esse fenômeno de individualizar a queixa escolar, desconsiderando a escola na sociedade capitalista como participante na produção do fracasso escolar, tem sido denominado de medicalização da educação. Nele, dificuldades no processo de escolarização são vistas como transtornos que precisam ser tratados em serviços de saúde. Assim, essa dissertação tem como objetivo analisar de que maneira as queixas escolares são entendidas e atendidas em um CAPSi de Salvador-BA, considerando suas relações com o fracasso escolar e a medicalização da educação. Para tanto, foi feita uma pesquisa qualitativa de inspiração etnográfica em um CAPSi de Salvador-BA, utilizando como recursos metodológicos a análise de prontuários, a observação participante e entrevista com profissionais. O referencial teórico adotado foi a Psicologia escolar e educacional em uma perspectiva crítica, que entende a queixa escolar como síntese de múltiplas determinações. Foram levantados 283 prontuários, sendo que a queixa escolar esteve presente em 55% das crianças e adolescentes atendidas nesse CAPSi. A partir dos dados, foi encontrado o seguinte perfil das/os usuárias/os atendidas/os com queixa escolar: são majoritariamente do sexo masculino e com média de idade de 12 anos; a média de idade quando encaminhados era de 9,61 anos e se encontravam, em sua maioria, na Educação Infantil e no Ensino Fundamental I. Foram realizados 23 relatos ampliados que abarcaram as seguintes situações: quatro acolhimentos, dois atendimentos, 11 participações no grupo de adolescentes, duas visitas à escola, uma reunião de equipe e outras situações que envolveram uma conversa com uma mãe de uma criança atendida na instituição, reunião com o Ministério Público e uma conversa com uma das profissionais em um dia em que estava fazendo o levantamento dos prontuários. Neles a maneira predominante de atendimento a queixa escolar partiu de um modelo clínico tradicional e de uma concepção individualizante acerca da sociedade, centrando-se na/o aluna/o e sua família pobre, relegando ou colocando em segundo plano a escola como historicamente produtora do fracasso escolar e a medicalização da educação e da pobreza. A precarização do serviço e da rede de serviços públicos foi outro fator que contribuiu bastante para essa maneira de atendimento. Foram feitas entrevistas com três profissionais do CAPSi pesquisado, escolhidas por estarem presentes de forma marcante durante o tempo do pesquisador na instituição. Através das entrevistas foi encontrado que o entendimento da queixa escolar partiu predominantemente de uma concepção individualizante e medicalizante, bem como que na concepção das profissionais, a formação não as preparou para atuar com a saúde mental na infância e adolescência. Conclui-se com a necessidade de inserir mais a temática do fracasso escolar e da medicalização da educação e da pobreza na formação profissional das áreas de saúde e nos cursos de capacitação das Secretarias de Saúde.

Palavras-chave: Educação básica. Saúde Mental. Fracasso Escolar. Medicalização. Psicologia Escolar.

FREIRE, Klessyo do Espirito Santo. **Education and Mental Health: An analysis about the school complaints on a Juvenile psychosocial care center of Salvador- BA.** Disse Thesis (MS) - Faculty of Education, Federal University of Bahia, Salvador, 2017.

ABSTRACT

The history of education in Brazil, specially the once concerning public education, has been marked by contempt and precarization, expressed by the high number of students with scholar complaints. The expression “scholastic failure” has been used to characterise this problem, a chronic one in Brazil’s education. The historic explanation to this problem has been centered in the child and his/her family, be it by “biological deficiencies” or by alleged “poverty caused deficits”. This phenomenon of individualizing the scholar complaints, excluding the school in the capitalist society and it’s responsibility as a paramount participant in said failure, has been named Medicalization of Education. In it, the difficulties in the process of schooling are seen as disorders or derangements that ought to be treated by the health services provided by the State. That said, this dissertation intends to analyse the ways in which scholar complaints are understood and answered by the CAPSi of Salvador-BA, taking into consideration the correlations between the complaints, scholastic failure and the medicalization of education. In order to achieve that, a qualitative research of ethnographic inspiration was made in one of Salvador’s CAPSi, utilizing as methodological resources the analysis of patient records, observation and interviews with professionals. The theoretical reference used was the educational psychology in a critic perspective, one which understands the scholar complaint as a synthesis of multiple factors. 283 medical records were raised, and scholar complaints were present in about 55% of the children and teenagers that were attended in this CAPSi. Further study of this data showed that the profile of users that were attended with scholar complaints are: mainly males, averaging 12 years of age; average of age when forwarded to the CAPSi was 9,61 years and the children were, mostly, in early childhood education and in junior high. 23 broad reports were made with the following subjects: four in fostering, two in attending service, eleven in teenage group participation, two school visits, one team reunion and other situations involving conversations with a mother of one of the children attended by the institution, reunion with the Public Ministry and talks with one of the professionals working on survey of the medical records. The most predominant way of assistance in the case of scholar complaints came from a traditional clinical model and individualizing conception of society, centered in the student and the poor family, relegating and disregarding the school itself as responsible for scholar failure and medicalization in education and poverty. The precarious service of the public services network was another factor that contributed heavily to this condition. Three interviews were conducted with professionals working in this CAPSi, chosen because they were present since the beginning of the time the researcher spent in this institution. Through these interviews it was shown that the understanding of scholar complaints came from an individualizing and medical-centered conceptions, as well as, in these professionals’ opinion, lack of knowledge to handle mental health problems in childhood and adolescence. Therefore, the need to include scholar failure and medicalization of education in the health professionals’ curriculums and capacitation courses in secretariat of health.

Key words: Basic education. Mental health. School Failure. Medicalization. School Psychology.

Moço, quando rotula não solução
Desvela, pertuba, desmedicaliza a ação
Moço, quando rotula não solução
Existe resistência onde tem opressão
[Klessyo Freire – Rótulos]

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA	Associação Brasileira de Déficit de Atenção
AEE	Atendimento Educacional Especializado
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BRATS	Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde
BPC	Benefício de prestação continuada
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto juvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRAS	O Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GTPE	Grupo de Trabalho Psicologia e Educação
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MEC	Ministério da Educação
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa de Saúde da Família
QI	Quociente Intelectual
SMS	Secretária Municipal de Saúde de Salvador
SNAP – IV	Swanson, Nolan e Pelham – versão IV
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TOD	Transtorno Opositor Desafiante
RAAS	Registro das ações ambulatoriais em saúde
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SMCA	Saúde Mental da Criança e Adolescente
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
WISC-III	Escala de Inteligência Wechsler para Crianças

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Consumo de Cloridrato de Metilfenidato no Brasil no período que abrange entre 2009 e 2014	24
Gráfico 2 - Sexo dos usuários atendidos no CAPSi	65
Gráfico 3 - Ano de admissão dos pacientes atendidos no CAPSi	65
Gráfico 4 - Usuários que recebem benefícios	66
Gráfico 5 - Escolaridade quando encaminhados ao CAPSi por segmento de ensino	67
Gráfico 6 - Origem dos encaminhamentos	67
Gráfico 7 - Usuários em que a queixa escolar estava presente	69
Gráfico 8 - Gênero dos usuários que possuem queixas escolares	70
Gráfico 9 - Ano de admissão no CAPSi dos usuários que possuem queixa escolar	70
Gráfico 10 - Usuários atendidos com queixa escolar que recebem benefícios	71
Gráfico 11 - Escolaridade dos/as usuários/as encaminhados com queixa escolar	71
Gráfico 12 - Origem dos encaminhamentos dos usuários que possuem queixa escolar	72
Gráfico 13 - Análise das queixas escolares no CAPSi	75
Gráfico 14 - Queixas escolares nos usuários do sexo masculino	75
Gráfico 15 - Queixas escolares nas usuárias do sexo feminino	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Porcentagem de alunos com aprendizagem adequada em português e matemática no Brasil, Bahia e Salvador	29
Tabela 2 - Diagnóstico psiquiátrico atual	68
Tabela 3 - Diagnóstico psiquiátrico atual dos usuários com queixa escolar	72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 MEDICALIZAÇÃO	18
3 A MEDICALIZAÇÃO DO FRACASSO ESCOLAR	28
4 A QUEIXA ESCOLAR E O SEU ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	45
5 METODOLOGIA	54
5.1 ASPECTOS ÉTICOS	54
5.2 ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA	56
5.3 PARTICIPANTES	58
5.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
5.5 TRABALHO ANALÍTICO	62
6 ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS	64
6.1 PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO CAPSI	65
6.2 PERFIL DOS USUÁRIOS COM QUEIXAS ESCOLARES	70
6.3 ANÁLISE DAS QUEIXAS ESCOLARES	73
7 ANÁLISE RELATOS AMPLIADOS	77
7.1 ACOLHIMENTOS	77
7.2 ATENDIMENTOS	82
7.3 GRUPO DE ADOLESCENTES	85
7.4 VISITA A ESCOLA	87
7.5 REUNIÃO DE EQUIPE	90
7.6 OUTRAS SITUAÇÕES	93
8 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	95
8.1 ALICE	95
8.2 ANA	100
8.3 JAQUELINE	104
9 INTERLOCUÇÕES TEÓRICAS	110
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICES	135
ANEXOS	144

1 INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa relaciona-se às queixas escolares e seus atendimentos, cujo objetivo geral é analisar de que maneira essas queixas são entendidas e atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) de Salvador-BA, considerando suas relações com o fracasso escolar e a medicalização da educação. Meu interesse pelo tema advém desde os tempos de faculdade no curso de Psicologia, por meio dos estágios básicos realizados em creches e escola, além de clínicas particulares e serviços de saúde mental, bem como nas disciplinas que cursei que versavam sobre esses assuntos. Comecei, assim, a me aproximar dessas duas áreas: saúde mental e educação.

Dentre os assuntos que mais chamavam minha atenção, destacavam-se os atendimentos às queixas escolares, a escola e os modelos escolares que, de forma dominante, têm dificuldade em lidar com as diferenças. Foi através desses questionamentos, a partir de um referencial psicanalítico, que entrei em contato, ainda que de forma superficial, com o tema da medicalização da educação e da vida.

A interlocução entre essas duas áreas começou com o estágio específico no qual participei da implementação de um serviço de psicologia em uma instituição filantrópica de Salvador. Recebíamos muitas crianças encaminhadas pela escola, sendo que fiquei responsável por atender esses casos. Nessa mesma época, comecei a estagiar também em uma clínica psiquiátrica de Salvador, na qual tive contato com adolescentes usuários dessa clínica, alguns dos quais com histórico de problemas de escolarização.

A questão da medicalização da vida começou a se tornar mais evidente para mim quando me formei, em 2013, e, posteriormente, fui trabalhar em uma escola fazendo acompanhamento terapêutico de uma criança com Síndrome de Down e em uma clínica realizando atendimento psicológico. Nesses espaços, comecei a me questionar sobre o processo de rotulação dos alunos que atendi, levantando mais uma vez a questão da medicalização da vida e as queixas escolares. Após um ano trabalhando nesses locais, decidi sair por não estar satisfeito com a psicologia e com o referencial teórico que adotava até então, no caso, a psicanálise.

Meu reencontro com a psicologia se deu com a entrada no Grupo de Trabalho Psicologia e Educação (GTPE), no Conselho Regional de Psicologia da Bahia, em meados de 2014, a convite de uma amiga integrante desse grupo. A partir da minha inserção, comecei a estudar Psicologia Escolar e Educacional em uma Perspectiva Crítica, especificamente o

fracasso escolar e a maneira como as queixas escolares têm sido entendidas e atendidas historicamente e “contra-hegemonicamente” pela Psicologia.

No mesmo período, participei do II Simpósio Baiano “Medicalização da Educação e da Sociedade” (ocorrido em julho de 2014) e a partir do evento passei a participar do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Nesse sentido, posso considerar que foi com a Psicologia Escolar e Educacional em uma Perspectiva Crítica e com o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade que mudei meu entendimento sobre o fracasso escolar e as queixas escolares. Isso porque comecei a estudar a medicalização de forma mais aprofundada e conheci a professora doutora Lygia Viégas, minha atual orientadora. A partir da fala e dos textos dela, notadamente o texto intitulado “Direitos humanos e políticas públicas medicalizantes de Educação e Saúde: Uma análise a partir da Psicologia Escolar e Educacional” e do livro *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*, da pesquisadora Maria Helena Souza Patto, surgiu a ideia de fazer um projeto de mestrado tendo a professora doutora Lygia Viégas como orientadora.

Foi no meu interesse de estudar o fracasso escolar e pesquisar a relação entre saúde mental e educação que esta pesquisa surgiu intrinsecamente relacionada à minha trajetória na saúde e no incômodo que tinha e não sabia nomear no entendimento e atendimento das dificuldades de escolarização. A entrada no GTPE e no Fórum me proporcionou a oportunidade de conhecer e estudar a Psicologia Escolar e Educacional em uma Perspectiva Crítica.

Por meio das leituras e dos estudos realizados na Psicologia Escolar e Educacional em uma Perspectiva Crítica e sobre a medicalização da educação, pude perceber que história da Educação Pública no Brasil é de um grande descaso e sucateamento. Diante desse quadro, ocorre o fracasso escolar, que tem sido interpretado hegemonicamente como resultado de problemas da criança ou da família, desconsiderando as múltiplas determinações que o constituem. Esse fenômeno diz respeito às dificuldades de escolarização, que têm afetado um número cada vez maior de alunos no decorrer dos anos. Relaciona-se com um modelo hegemônico de escola em que alunos e professores são tratados com base em preconceitos difundidos historicamente, inclusive em documentos oficiais (PATTO, 1999; VIEGAS, 2014a).

Diante de problemas políticos e históricos e de uma escola que também reproduz todas as contradições e desigualdades sociais de uma sociedade capitalista, a visão medicalizante entra com força no chão da escola. As dificuldades de escolarização são reduzidas a um plano determinista e biológico, sendo vistas como questões médicas ou por um suposto

“primitivismo” das pessoas das classes pobres, ocorrendo um encaminhamento para serviços de saúde, destacadamente de saúde mental, devido à visão de que a criança ou adolescente que não aprendem ou não se comportam da forma que a escola espera têm algum transtorno psiquiátrico ou problema psicológico. Desconsideram-se as múltiplas determinações que constituem a queixa escolar, predominante em uma visão de mundo individualizante e determinista. (SOUZA, 2010)

Todas essas questões me fizeram atinar para a necessidade de investigar como as queixas escolares têm sido entendidas e atendidas na saúde mental, em especial nos CAPSi. Apesar de encontrar poucos estudos sobre a temática, eles apontam que o número de encaminhamentos tem sido grande e em muitos casos tratados de forma de forma medicalizante (BORDINI et al, 2012; BELTRAME; BOARINI, 2013; MEDEIROS, BRAGA; JESUS, 2016; KANTORSKI et al, 2014; VIÉGAS, 2014b).

Através desses estudos foi possível constatar que os CAPSi têm recebido um número grande de crianças e adolescentes encaminhados por queixa escolar. Esse quadro acontece tendo como pano de fundo a incidência cada vez maior do fracasso escolar e da medicalização da educação e da sociedade. Assim, levantou-se como problema de pesquisa: Como as queixas escolares têm sido entendidas e atendidas nos CAPSi? E pretende responder às seguintes perguntas: Como os CAPSi entendem as queixas escolares? De que forma os CAPSi têm lidado com alunos com problemas de escolarização? Como as questões de escolarização dos usuários do CAPSi têm sido abordadas?

São objetivos específicos da pesquisa: a) Traçar um perfil dos usuários atendidos em um CAPSi, com destaque para aqueles que possuem queixa escolar; b) Analisar como a queixa escolar é acolhida e atendida em um CAPSi; e c) Compreender qual a perspectiva de profissionais sobre a queixa escolar encaminhada para o CAPSi.

O texto dessa dissertação está dividido em 10 seções. Após essa Introdução, a seção 2, intitulada Medicalização, aborda o fenômeno da medicalização do ponto de vista histórico e conceitual; em seguida, a seção 3, intitulada Medicalização do Fracasso Escolar, discute como os processos de medicalização estão presentes na educação e na produção do fracasso escolar; a seção 4, intitulada A Queixa Escolar e o seu Atendimento nos Serviços de Saúde Mental, discorre acerca do entendimento e atendimento histórico e hegemônico das queixas escolares na saúde. A seção 5 trata especificamente da metodologia adotada para esta pesquisa. A seção 6 apresenta o resultado da análise dos prontuários; a seção 7, dos relatos ampliados; e a seção 8, das entrevistas. Para finalizar, a seção 9, chamada de Interloquções Teóricas, discute os

resultados encontrados à luz do referencial teórico utilizado nesta pesquisa; e conclui com as Considerações Finais na seção 10.

Com esta pesquisa pretende-se oferecer subsídios para uma reflexão sobre as Políticas Nacionais de Saúde Mental, de Educação e os programas de “Saúde Escolar”. Espera-se contribuir para o processo de escolarização bem sucedido de crianças e adolescentes que são encaminhados e atendidos em serviços de saúde mental, dando elementos para pensar de que forma a Saúde tem se relacionado e pode se relacionar com a Educação na direção da efetivação de políticas públicas não medicalizantes e que considerem as múltiplas determinações que envolvem as queixas escolares.

2 MEDICALIZAÇÃO

O debate em torno da medicalização da infância tem se ampliado cada vez mais. O número de publicações e estudos sobre o tema tem crescido ao longo dos anos e envolvido diversas áreas do conhecimento, demonstrando a importância da temática.

Isso fica evidenciado em um estudo realizado por Viégas e Freire (2015), que encontrou 165 publicações com a palavra-chave medicalização no site <www.scielo.br>, sendo que no período entre 2010 e setembro de 2015 concentra a maior parte das publicações (98 no total). Tal estudo atribui o maior número de escritos nos últimos anos, dentre outros fatores, à fundação do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, no ano de 2010. Trata-se de coletivo que articula diversas entidades, organizações, instituições, movimentos sociais e pessoas na luta contra os processos de medicalização da vida¹.

Do ponto de vista histórico, Gaudenzi e Ortega (2012) identificam que o termo medicalização surgiu no final da década de 1960 como uma crítica à crescente apropriação de modos de se viver do homem pelo saber médico. Os autores verificam que as raízes do processo de medicalização da sociedade datam do início do século XVII, com o nascimento da medicina moderna e da higiene. A medicina passou a intervir politicamente no corpo social através de “normas morais de conduta e prescrição e proscrição de comportamentos, o que tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativos-terapêuticos”. (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p.22)

Considera-se o filósofo austríaco Ivan Illich o precursor desse debate, destacadamente com os livros *Sociedade sem escolas* (1971) e *A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina* (1975). Neles, o autor expressa sua preocupação com a crescente institucionalização da sociedade e critica as tendências de transformar as dores e questões da vida humana em temas de domínio médico. Illich se queixou também da perda de autonomia das pessoas e a dependência de especialistas para cuidar da sua saúde (GAUDENZI; ORTEGA, 2012; FÓRUM, 2013; OLIVEIRA, HARAYAMA; VIÉGAS, 2016).

Outro importante autor que contribuiu para a discussão sobre o tema foi Michel Foucault. Apesar de não fazer uso sistemático do termo, ele apontou para a maneira como medicina moderna “se apresentou como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com vistas a controlar a sociedade” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p.22). Nesse sentido, Foucault cunhou o termo biopoder, que diz respeito a um controle

¹ Mais informações sobre o Fórum Sobre Medicalização podem ser encontradas no site: <<http://medicalizacao.org.br>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

sobre a vida através de tecnologias de disciplinarização e controle dos corpos, que está intrinsecamente ligado à medicalização. No Brasil, destacamos ainda os trabalhos da psicóloga Maria Helena Souza Patto, da pedagoga Cecília Collares e da pediatra Maria Aparecida Affonso Moysés, que incorporaram a análise da medicalização no campo da educação (GAUDENZI; ORTEGA, 2012; FÓRUM..., 2013; VIÉGAS; FREIRE, 2015; OLIVEIRA, HARAYAMA; VIÉGAS, 2016)

Diante da polissemia do termo e de um conjunto diverso de publicações, neste trabalho adota-se o conceito do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, publicado na Carta do IV Seminário Internacional A educação medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos:

Medicalização envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, seja em seu aspecto psíquico, seja em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais. Nessa concepção, características comportamentais são tomadas apenas a partir da perspectiva do indivíduo isolado, que passaria a ser o único responsável por sua inadaptação às normas e padrões sociais dominantes. A medicalização é terreno fértil para os fenômenos da patologização, da psiquiatrização, da psicologização e da criminalização das diferenças e da pobreza. (FÓRUM..., 2015, p. 1)

Ressalta-se que nesse estudo entende-se que a medicalização não se reduz apenas ao abuso de medicamentos e o diagnóstico equivocado de patologias inventadas, tendo como grande exemplo a medicalização do fracasso escolar. A medicalização está ligada a uma lógica que reduz e individualiza questões sociais, desconsiderando os múltiplos fatores intrínsecos. Dessa forma, deve-se considerar a inter-relação dos processos de medicalização da vida com os conceitos de patologização, psicologização e criminalização, considerando as especificidades de cada um e que partem deste mesmo processo de individualização de questões sociais. (VIÉGAS; FREIRE, 2015, FÓRUM..., 2015)

Verifica-se que uma das primeiras contribuições no debate sobre a medicalização no Brasil se deu a partir da obra da pesquisadora Maria Helena Souza Patto. Através dos seus estudos sobre o fracasso escolar, Patto (1984; 1999) rompeu com as explicações naturalizantes e reducionistas sobre o fenômeno, fazendo duras críticas à psicologia e à psicologização da vida, outra face dos processos de medicalização.

Patto (1984) identifica que, desde o seu surgimento, com a fundação do laboratório de Wundt, na Alemanha na primeira metade do século XIX, a psicologia está atrelada à ideologia liberal, por meio da qual assume como papel atribuir a desigualdade social a problemas individuais. Parte de uma concepção ideológica liberal de ocultamento da desigualdade social e da luta de classes nas sociedades capitalistas, ideologia aqui entendida a partir de uma

concepção materialista histórica, que a concebe como um conjunto de ideias que visa a ocultar e naturalizar as condições concretas que produzem a desigualdade social, a saber, a luta de classes e a exploração das classes populares pelas elites. (CHAUÍ, 1980)

Deleule (1969) afirma que, desde o seu surgimento, a psicologia se confunde com a ideologia ao importar conceitos da biologia para alcançar o estatuto de ciência. Assim, a ação do psicólogo, historicamente, é norteada por um viés adaptacionista, dado que os indivíduos devem se ajustar à norma e aqueles que fogem ou incomodam são considerados “anormais”. Esse tipo de atuação se faz presente na relação da psicologia com a educação há muito tempo, na qual os problemas de escolarização são individualizados na figura do aluno, de forma a desconsiderar todo o contexto histórico e econômico em que a escola está imersa.

Moysés e Collares (2014) apontam que vivemos em uma sociedade permeada por desigualdades econômicas e sociais historicamente constituídas. Nos últimos tempos, a medicalização tem avançado a passos largos para transformar essas questões em diferenças individuais, geralmente no plano biológico, ocultando todas essas desigualdades que estão no bojo da sociedade. Esse processo desqualifica as diferenças que constituem o indivíduo e coloca no plano do adoecimento do organismo tudo que foge da norma, contra o que a sociedade afirma como “ideal”.

As autoras identificam que desde sempre as pessoas que se diferenciavam por questionar ou não seguir normas sociais foram segregadas e até eliminadas. A questão é que, se esse processo se dava através da religião, a partir dos anos de 1770, esse quadro muda com a rápida constituição da medicina enquanto ciência moderna. Assim, a partir de seu surgimento, a medicina moderna passou a ter a incumbência de legislar e normatizar o que é saúde e o que é doença, segregando e silenciando aqueles que não se encaixavam nas normas sociais. A Medicina constituiu-se como modelo epistemológico para as ciências humanas, pois foi a primeira ciência ligada aos seres humanos na Modernidade científica. (MOYSÉS; COLLARES, 2014)

Porém, é possível notar que, nas últimas duas décadas, a medicalização tem assumido uma face fisicalista e biologicista impulsionada pelas pressões da indústria farmacêutica, os jogos políticos no interior do *establishment* e o fortalecimento da corrente denominada “psiquiatria biológica”. Esse movimento tem gerado um aumento no número de transtornos psiquiátricos que seriam causados por supostas “deficiências no cérebro”, reduzindo todas as explicações da causa desses transtornos ao biológico, deixando em segundo plano outras possíveis explicações (em muitos casos sendo consideradas até “anticientíficas”). Corroborando essa afirmação a seguinte citação de Lima (2005, p.13):

A pluralidade de abordagens, outrora presente quando se tratava de explicar as vicissitudes individuais, tem sido solapada por concepções fisicalistas, que tendem a reduzi-las a sua dimensão biológica. Até meados do século passado, tais concepções disputavam a hegemonia com outras que se originavam em diferentes campos e que utilizavam outros vocabulários. Dessa forma, os comportamentos que traziam desconforto a si e a outros podiam ser considerados como tendo causas médicas, mas também podiam ser tomados como efeitos da ação insuficiente ou inadequada de instâncias como a família ou a escola, da falta de obstinação e vontade ou de conflitos interiores. Hoje, explicações psicológicas, sociológicas, pedagógicas ou oriundas da moral leiga são dispensadas como equivocadas e "anticientíficas", sendo substituídas, especialmente, por outras que localizam no corpo as razões dos dissabores experimentados na vida.

Viégas e Oliveira (2014) criticam que, instrumentalizada pelas neurociências e pela farmacologia (podemos acrescentar nesse contexto a psiquiatria biológica), a medicalização ganhou apoio social. Com isso, passou a mostrar força a perspectiva medicalizante de que “o corpo adoce, pois o funcionamento físico do aparelho humano está deixando de responder da maneira ideal” (VIÉGAS; OLIVEIRA, 2014, p.41). O indivíduo é visto fora de seu contexto sociocultural, reduzido a fatores biológicos que expressariam o desajuste às normas sociais, e toda perspectiva que funcione com uma lógica diferente dessa é classificada de forma “pejorativa” como anticientífica.

Caliman (2012) assinala que estamos vivendo em uma era de produção de “cidadanias biológicas”², em que os biodiagnósticos participam ativamente na produção das “bioidentidades”. A autora continua sua reflexão afirmando que, nas “cidadanias biológicas”, as “bioidentidades” são a única forma de acesso a todo um sistema de direitos e possibilidades. Essas reflexões são importantes, pois temos assistido cada vez mais uma “inclusão pela exclusão” no acesso às políticas públicas, em especial nas de educação e de saúde mental, a exemplo da invasão de projetos de lei de cunho medicalizante que propõem treinamento de professores e criação de equipes para detecção precoce de dislexia e Transtorno do Déficit de Atenção de Hiperatividade (TDAH) na rede pública de educação. (OLIVEIRA; SOUZA, 2014)

Retomando o conceito de “bioidentidade”, Lima (2005) comenta que com a influência da psiquiatria biológica, está ocorrendo nas últimas décadas uma passagem do sujeito psicológico, no qual a identidade do indivíduo estaria relacionada preferencialmente a aspectos internos e emocionais, para uma identidade ancorada no corpo e em aspectos de cunho biológico. Dessa forma, os critérios de “normal” e “normalidade” se remeteriam “quase exclusivamente aos padrões biológicos e aos predicados corporais”. (LIMA, 2005, p.17)

² O termo cidadania biológica foi criado pelo sociólogo inglês Nikolas Rose. Para um maior aprofundamento no tema indica-se a leitura do livro do autor “A política da própria vida” (2013).

Esse quadro pode ser visto com o aumento de transtornos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), referência e principal manual diagnóstico e estatístico para profissionais de saúde mental. Atualmente, ele encontra-se na quinta edição, lançada em 2013. Chama atenção o fato de que, na primeira edição do DSM, em 1952, existiam 132 páginas e 106 diagnósticos, número que salta, na quarta edição, para 900 páginas e 379 categorias, e atinge, no DSM-V, edição mais recente do manual, 992 páginas e 400 categorias³.

Nesse panorama, ocorre a medicalização do sofrimento psíquico, reduzindo sua origem ao fisicalismo e ao biológico. Processo que tem como pano de fundo o capitalismo e a ideologia liberal de atribuir ao indivíduo as causas da desigualdade social, influenciado pela indústria farmacêutica e suas relações permeadas pelo conflito de interesses com psiquiatras e associações de psiquiatria. Na infância, esse quadro torna-se ainda mais perverso, relacionando-se de forma direta com a educação e com a saúde mental.

Um exemplo significativo dessa questão é o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, o popularizado TDAH, o qual tem sido apontado por pesquisadores e profissionais de diversas áreas, a exemplo de Rhode e Halpern (2004), como um dos transtornos mais comuns na infância, cuja prevalência encontrar-se-ia entre 3 a 6% em crianças em idade escolar. O site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA)⁴ define:

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Ele é chamado às vezes de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção). Em inglês, também é chamado de ADD, ADHD ou de AD/HD.

Chama atenção que (apesar de se declarar) tal como no site, que as causas do TDAH são biológicas, Rhode e Halpern (2004) afirmam que “Apesar do grande número de estudos já realizados, as causas precisas do TDAH ainda não são conhecidas” (RHODE; HALPERN, 2004, p. 62). Cumpre ressaltar que Rhode é um dos principais pesquisadores do TDAH no Brasil e no mundo, sendo o único brasileiro a participar da elaboração do DSM-V, sendo responsável especificamente por essa categoria diagnóstica. Esse “desconhecimento” das

³ Para maiores esclarecimentos, recomendamos acessar a linha do tempo do DSM publicada na BVS-Psi: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/uploads/linha%20do%20tempo%20DSM/linha.html>. Acesso em 15 de dezembro de 2016

⁴Disponível em:<<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

causas do suposto TDAH também está expresso na bula⁵ da Ritalina, nome comercial para o Cloridrato de Metilfenidato, que é a substância utilizada para o tratamento do suposto TDAH (também encontrada no Brasil com nome Concerta), com a seguinte afirmação “A etiologia específica dessa síndrome é desconhecida e não há teste diagnóstico específico”.

Os critérios diagnósticos do TDAH se baseiam no DSM-IV⁶, que propõe a existência de uma “tríade sintomatológica clássica”, caracterizada por “desatenção, hiperatividade e impulsividade” (RHODE; HALPERN, 2004). Em relação à atenção, seria indicativo do TDAH se seis ou mais dos seguintes sintomas estiverem presentes nos últimos seis meses, de acordo com o grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento. Rhode e Halpern (2004, p.65) sintetizam os sintomas:

a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras; b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções) e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa); g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais); h) é facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas; i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

No que tange à hiperatividade, seguindo o mesmo documento, seria indicativo do transtorno:

a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira; b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação); d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; e) está frequentemente a mil ou muitas vezes age como se estivesse a todo vapor; f) frequentemente fala em demasia. (RHODE; HALPERN, 2004, p. 65)

Já no que se refere à impulsividade, Rhode e Halpern (2004, p.65) afirmam que seria indicativo se um ou mais dos seguintes sintomas estivessem presentes nos últimos seis meses:

g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas; h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez; i)

⁵ A bula pode ser acessada em: <<http://www.medicinanet.com.br/bula/4550/ritalina.htm>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

⁶ No DSM- V, embora os critérios diagnósticos continuem os mesmos do IV, duas importantes alterações foram feitas em relação ao TDAH. A primeira diz respeito ao limite de idade para o quadro se iniciar, que aumentou de sete para 12 nos de idade. A outra modificação diz respeito à diminuição do número de critério diagnósticos em adultos, que caiu de seis para cinco. (RIBEIRO, 2015)

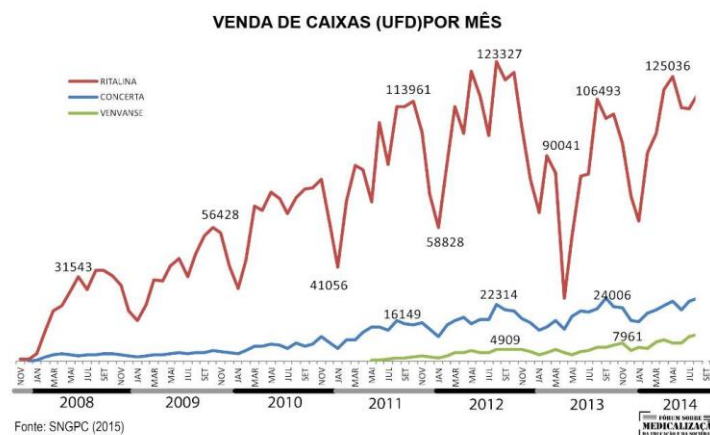
frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras).

Os autores ainda afirmam que um diagnóstico preciso do TDAH deve envolver a escola e os pais, coletando informações a respeito da vida do paciente. Além disso, fazem a ressalva de que os sintomas podem advir de situações problemáticas da vida do paciente ou do sistema educacional (RHODE; HALPERN,2004). No diagnóstico são considerados os seguintes aspectos: “escalas objetivas, especialmente a de Swanson, Noman e Pelhan, o SNAP-IV; avaliação neurológica (por meio dos exames de neuroimagem) e testagem psicológica (com destaque para o WISC-III)” (VIÉGAS; OLIVEIRA, 2014, p.47).

Em relação ao tratamento para o suposto transtorno, o mesmo envolveria uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. Ressalta-se que a intervenção psicossocial é entendida nessa perspectiva como o “treinamento” de pais e professores, que envolve ações comportamentais organizadas e sistemáticas voltadas para o TDAH, entendendo o “social” de forma reduzida e biologizante. No que diz respeito à intervenção farmacológica, como foi dito acima, o principal medicamento utilizado para o TDAH é o Cloridrato de Metilfenidato.

Chama atenção o aumento do consumo da Ritalina nos últimos anos, com destaque para o caso brasileiro. Segundo a Nota Técnica “O consumo de psicofármacos no Brasil: dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados ANVISA (2007-2014)”, publicada pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, no período que abrange de 2009 a 2014, as vendas da Ritalina aumentaram 180%, conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Consumo de Cloridrato de Metilfenidato no Brasil no período que abrange entre 2009 e 2014



Fonte: Nota Técnica O consumo de psicofármacos no Brasil: dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados ANVISA (2007-2014).

Um dado bastante significativo nessa nota é que o consumo da medicação cai de forma acentuada nos meses de férias escolares, janeiro e julho. Essa situação aponta que o suposto TDAH é um transtorno que se faz presente eminentemente na vida escolar. Dessa maneira, questiona-se que transtorno é esse que não está presente nas férias da criança ou adolescente, dando subsídios às críticas de que ele, na verdade, expressa uma escola historicamente produtora de fracasso escolar e com dificuldade de lidar com comportamentos fora de um padrão ou uma norma pré-estabelecida. (VIÉGAS; OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO, 2015)

Os números apresentados na Nota Técnica são corroborados em uma pesquisa realizada com relatórios da Organização das Nações Unidas (ONU), organizada pela pesquisadora Denise Barros (2014). Ela descobriu que a produção mundial de Ritalina cresceu 357% entre 1996 e 2012. No Brasil, nesse mesmo período, houve um crescimento de 9kg para 578kg, o que significa um crescimento de aproximadamente 6.322%. A autora verificou que essa expansão está diretamente ligada à expansão da categoria diagnóstica do TDAH e ao uso para aprimoramento cognitivo, ou seja, pessoas que não têm o transtorno e usam a medicação para melhorar o desempenho nos estudos e no trabalho.

Esses dados se somam à preocupação de que, apesar de ser propagado que o TDAH é consenso, ele não é unanimidade inclusive na própria medicina (LIMA, 2005, 2016; MOYSES; COLLARES, 2010). Além disso, estudos têm mostrado problemas metodológicos nas pesquisas sobre Ritalina, a exemplo do Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) que fez uma análise das publicações sobre o uso de Cloridrato de Metilfenidato para tratamento de TDAH a partir do ano de 2000 e chegou as seguintes conclusões:

As evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento com o metilfenidato em crianças e adolescentes, em geral, têm baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização. Além disso, a heterogeneidade entre os estudos foi um dos problemas mais frequentes nas revisões sistemáticas selecionadas. Os desfechos de eficácia, avaliados por instrumentos e critérios diagnósticos variados, apresentaram resultados heterogêneos que, em geral, não demonstraram benefício clínico superior em comparação com alternativas farmacológicas ou com apresentações e doses diferentes do metilfenidato, principalmente para o desfecho de hiperatividade. (ANVISA, 2014, p.9)

Ao analisar um conjunto de produções que versam sobre o TDAH, Viégas e Oliveira (2014, p.55) chegam à seguinte conclusão:

O TDAH [...] mostra-se vago desde a sua conceituação, pois parte de duas premissas não são comprovadas. Seus critérios diagnósticos se apresentam ainda mais vagos do que o conceito e não há consenso sobre sua existência entre os profissionais ligados à área. Porém, ainda assim, o diagnóstico e o tratamento crescem de maneira vertiginosa. No que diz respeito ao uso do metilfenidato, chama a atenção que até

entre os defensores do seu uso há o destaque para o fato de que ainda se faz necessário aprofundar os estudos sobre as consequências dos medicamentos e seus efeitos de longo prazo.

As autoras ainda chamam a atenção para os interesses financeiros e do *lobby* da indústria farmacêutica por trás deste “suposto transtorno”, aspecto também destacado por Collares e Moyses (2014). O problema se torna alarmante quando encontramos na bula da Ritalina que:

O medicamento pode provocar muitas reações adversas; seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado e o mecanismo pelo qual o metilfenidato exerce seus efeitos psíquicos e comportamentais em crianças não está claramente estabelecido, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central.

Assim, constata-se que o TDAH se insere em uma lógica padronizadora do desenvolvimento humano e da aprendizagem. Esse “suposto transtorno” traz em seu bojo uma concepção reducionista e biologicista da atenção, de forma que muitos dos comportamentos que são descritos para diagnosticá-lo são daqueles alunos considerados “indisciplinados” ou com “problemas de comportamento”. Com isso, Meira (2012) assevera que a lógica medicalizante e biologizante tem feito as pessoas perguntarem “o que a criança tem que não consegue prestar atenção?” em vez de “o que na escola produz essa falta de atenção e concentração?” (p.139).

Além do TDAH, poderíamos citar diversos transtornos que têm ganhado popularidade, como Transtorno Opositor Desafiante (TOD), Dislexia, Discalculia etc., tendo em vista que esse fenômeno de individualizar e patologizar as “dificuldades de aprendizagem” está historicamente presente na educação, como discutiremos a seguir.

Inclusive, podemos verificar essa vertente medicalizante no uso do termo “dificuldade de aprendizagem” ao se referir às dificuldades vivenciadas no processo de escolarização. O termo desloca o eixo de análise para o aluno e considera as dificuldades vividas no processo de escolarização como sintomas de questões emocionais, deixando de lado o universo escolar e as relações que o constituem. A partir dessa crítica, Souza (2002) propõe a substituição do termo “dificuldades de aprendizagem” por “problemas de escolarização”, de forma a romper com explicações tradicionais sobre o fracasso escolar e mudar o foco de análise, deixando de ser apenas o indivíduo e ampliando para outro contexto, entendido de forma histórica. Por isso, este trabalho utilizará o termo problemas de escolarização em vez de dificuldades de aprendizagem.

A medicalização das dificuldades de escolarização advém do fenômeno do fracasso escolar, presente de forma marcante na história da educação brasileira, sobretudo a pública. A medicalização do fracasso escolar é um fenômeno histórico, intrinsecamente ligado à maneira como a saúde, de forma destacada a medicina e a psicologia, tem atravessado o imaginário pedagógico e a educação no geral. Tal tema será abordado na seção a seguir.

3 A MEDICALIZAÇÃO DO FRACASSO ESCOLAR

A história da educação brasileira, em especial a pública, é marcada pelo descaso e pela precariedade. Desde o início, essa história está relacionada ao fracasso em atingir planos e metas traçados nas políticas e nos discursos governamentais. A expressão “fracasso escolar” tem sido usada de forma recorrente para designar esse problema crônico da educação brasileira. (PATTO, 1999)

Nos anos 2000, a educação brasileira localizava-se entre as piores do mundo. No ano de 2005, chama a atenção que 46% dos ingressantes (menos da metade) concluíram o ensino fundamental e 27% das crianças foram reprovadas na 1ª série. Os dados da conclusão no ensino médio escancaram ainda mais a desigualdade do ensino brasileiro: 58% de brancos versus 37% de negros; 77% entre os 20% mais ricos versus 24% entre os 20% mais pobres. Esses números se perpetuam ao longo dos anos, de maneira que em 2007, 10% dos brasileiros com mais de 15 anos eram analfabetos. (COLLARES; MOYSÉS, 2014)

Relatório divulgado pela UNESCO no ano 2015 apontou que o Brasil cumpriu apenas duas das seis metas que foram estabelecidas na Cúpula Mundial de Educação, em Dakar, no Senegal, com 164 países, ocorrida em 2000. Segundo o relatório, o país cumpriu as seguintes metas: “2 – Educação primária” e a “5 – Paridade e igualdade de gênero”, deixando de cumprir as metas “1 – Educação na primeira infância”, “3 – Habilidades para jovens e adultos”, “4 – Alfabetização de adultos” e “6 – Qualidade da educação”. Chama atenção principalmente a meta “6 – Qualidade da educação”, demonstrando, mais uma vez, a precarização da educação brasileira, especialmente a pública, e colocando em dúvida a efetiva concretização das metas de educação primária e paridade e igualdade de gênero. (UNESCO, 2015)

Dados atuais obtidos através do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)⁷ falam por si. Apesar de o índice de aprovação escolar no Brasil ser de 91,9% e o de reprovação ser de 7% no ano de 2014, ao contrastar tais dados com os últimos resultados da Prova Brasil⁸ realizada em 2013 e divulgada em 2015, constata-

⁷ Dados disponíveis em: <<http://portal.inep.gov.br/indicadores-educacionais>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

⁸ Ressalta-se que a Prova Brasil e as avaliações em larga escola têm sido muito criticadas por especialistas da educação. Elas/es questionam os critérios utilizados na prova, argumentando que padronizam a aprendizagem e não levam em conta as realidades locais. Para uma discussão mais aprofundada sobre o tema, sugere-se a leitura de Ferreira e Vieira (2010), bem como do blog avaliação <<https://avaliacaoeducacional.com>>.

se que a qualidade da educação brasileira não melhorou. Os resultados podem ser visualizados na tabela abaixo⁹.

Tabela 1 – Porcentagem de alunos com aprendizagem adequada em português e matemática no Brasil, Bahia e Salvador

	Brasil		Bahia		Salvador	
	Português	Matemática	Português	Matemática	Português	Matemática
5º Ano	40%	35%	20%	16%	29%	22%
9º Ano	23%	11%	13%	5%	17%	4%

Fonte: Prova Brasil de 2013

No Brasil, os resultados mostraram que no 5º ano, 40% dos alunos avaliados tiveram aprendizado considerado adequado para português e 35% para matemática. No 9º ano, 23% dos alunos tiveram aprendizado considerado adequado para português e 11% para matemática. Na Bahia e em Salvador esses números foram ainda piores: em âmbito estadual, no 5º ano, apenas 20% dos alunos tiveram aprendizado considerado adequado em português e 16% em matemática. No que tange ao 9º ano, 13% dos alunos tiveram aprendizado adequado em português e 5% em matemática. No município de Salvador, no 5º ano, 29% dos alunos tiveram aprendizado adequado em português e 22% em matemática. Em relação ao 9º ano, 17% dos alunos tiveram aprendizado adequado em português e 4% em matemática.

Com efeito, esses números constataam que o fenômeno do fracasso escolar continua presente de forma marcante na educação pública brasileira e, historicamente, as explicações hegemônicas para esse fenômeno têm sido individualizadas nos alunos e suas famílias, principalmente quando se trata das classes populares e da escola pública. Esse panorama reflete nas políticas públicas educacionais brasileiras nas quais os alunos, suas famílias e professores são vistos com preconceito e tratados de forma desrespeitosa.

Entretanto, a partir da década de 1980, principalmente com os estudos da pesquisadora e psicóloga Maria Helena Souza Patto, a escola passou a ser reconhecida como participante da produção do fracasso escolar. Patto (1984, 1990/1999) inaugurou uma nova maneira de pensar psicologia escolar e educacional e a educação brasileira. A partir de seus escritos, o fracasso escolar é visto como produto de sínteses de múltiplas determinações que envolvem o

⁹ Dados disponíveis em: <<http://www.qedu.org.br/brasil/aprendizado>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

contexto histórico, político, econômico e social, além de aspectos institucionais, pedagógicos e relacionais.

A obra de Patto marcou uma ruptura na maneira como o fracasso escolar passou a ser visto no Brasil e representou um marco nas áreas de psicologia e educação. As reflexões de Patto tiveram como ponto de partida a sua tese de doutorado publicada no livro intitulado *Psicologia e Ideologia: introdução crítica a psicologia escolar* (1984). A partir do conceito marxista de ideologia (CHAUÍ, 1980), Patto denuncia que, desde o seu surgimento, a psicologia esteve a serviço da manutenção da ordem social hegemônica.

A partir de sua tese de doutorado, Patto (1984) assinalou que a ciência não é neutra (tomando como exemplo a psicologia) e sempre esteve a atrelada à ideologia, “partindo do pressuposto do regime social liberal segundo o qual as desigualdades sociais seriam frutos de diferenças individuais” (VIÉGAS; FREIRE, 2015, p.107). Patto revela o caráter adaptacionista e ideológico que marcou a atuação da psicologia escolar e educacional, contribuindo ativamente para a psicologização do fracasso escolar e da individualização dos problemas de escolarização, inaugurando a crítica à psicologização e à medicalização do fracasso escolar na psicologia escolar e educacional brasileira. (PATTO, 1984; VIÉGAS; FREIRE, 2015)

Porém, foi na sua tese de livre docência, defendida em 1987 e publicada no livro intitulado *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*, no ano de 1990, que Patto fez uma análise aprofundada do fracasso escolar. Já nesse clássico, a autora utiliza o termo medicalização. Nesse livro, Patto (1999) demonstra o caráter ideológico das explicações sobre o fracasso escolar, apontando, mais uma vez, que a psicologia é a ciência que ocupa lugar de destaque na individualização das desigualdades sociais, determinadas historicamente, transformando-as em diferenças individuais, determinadas biologicamente.

Patto (1999) remonta o início das explicações sobre o fracasso escolar ao surgimento dos sistemas nacionais de ensino e do capitalismo através da ascensão da burguesia no século XIX. A promessa de igualdade advinda da burguesia na Revolução Francesa não se concretizou e a desigualdade social não poderia mais ser explicada pela religião. Dessa forma, a ciência passou a ser usada para justificar as desigualdades sociais através das diferenças individuais biologicamente determinadas e sustentar a ideologia liberal que se expressa na meritocracia e na “igualdade de oportunidades”. É importante assinalar que a psicologia nasceu nesse contexto e foi diretamente influenciada por esse viés adaptacionista de justificação do *status quo*.

Nesse contexto, segundo Patto (1999, p. 46), a escola surge como um lugar que promete a ascensão social e:

Adquire significados diferentes para diferentes grupos e segmentos de classe, em função do lugar que ocupam nas relações sociais de produção. Neles, a escola é valorizada como instrumento real de ascensão e de prestígio social pelas classes médias e pelas elites emergentes. Como instituição a serviço do desenvolvimento tecnológico necessário para enfrentar as primeiras crises do novo modo de produção, de modo a racionalizar, aumentar e acelerar a produção, ela interessa aos empresários. Como manutenção do sonho de deixar a condição de trabalhador braçal desvalorizado e de vencer na vida, ela é almejada pela grande massa de trabalhadores miseráveis.

A escola participa ativamente do mito da “igualdade de oportunidades”, desconsiderando a organização social capitalista e a desigualdade social dela advinda. Nesse panorama, as primeiras explicações sobre o fracasso escolar tiveram sua origem no final do século XIX e início do século XX, e foram fortemente influenciadas pelas teorias racistas e da hereditariedade surgidas nesse período, sustentadas pelo Darwinismo Social, pelo Positivismo, pela Sociologia Científica e pela Psicologia Diferencial, que buscavam afirmar a inferioridade racial e a incapacidade de aprender das classes pobres.

Destaca-se que o racismo científico foi um elemento presente de forma marcante na ciência no período citado acima. Nesse sentido, merece menção o trabalho realizado pelo paleontólogo e biólogo evolucionista americano Stephen Jay Gould, publicado no livro intitulado *A falsa medida do homem* (2014), publicado originalmente em 1991. Através de uma extensa pesquisa com proeminentes cientistas do final do século XIX e começo do século XX, o autor apontou como os preconceitos e estigmas da época influenciaram diretamente nos trabalhos científicos produzidos nesse período, os quais buscavam afirmar que certos tipos humanos (o homem branco, heterossexual e europeu) eram superiores a outros (mulheres, homossexuais, negras/os e indígenas). Esse pensamento tinha a finalidade de justificar as desigualdades sociais como naturais, decorrentes de diferenças biológicas entre as raças.

O autor identificou que essa concepção advém desde a divisão social estabelecida por Platão em *A República*, na qual a sociedade tinha que ser dividida em três classes: governantes, auxiliares e artesãos. Para isso acontecer, as/os cidadãs/os deveriam aceitar a condição social que lhes é conferida, sem questionar a ordem vigente. No final do século XIX, com o enfraquecimento da visão religiosa a qual dizia que as posições na sociedade estavam estabelecidas desde o nascimento, a ciência se encarregou de justificar as desigualdades através do determinismo biológico. (GOULD, 2014)

Desde a craniometria do século XIX até os testes de Quociente de Inteligência (QI) no começo do século XX nos EUA e Inglaterra, o autor verificou que os resultados das pesquisas

foram enviesados e até distorcidos para afirmar a tese de que uma raça ocupava os melhores postos na sociedade, pois biologicamente era mais desenvolvida que as demais. Especificamente, no que tange os testes de QI, ressalta-se que eles foram distorcidos dos objetivos iniciais declarados por Binet. Cumprindo o propósito que lhe fora pedido pelo Ministério da Educação Francês, seu teste servia para identificar as crianças que necessitavam de uma educação especial, atualmente aquelas com dificuldades de aprendizagem, ou ligeiramente atrasadas. No dizer de Binet (1908, p. 264 apud GOULD, 2014, p.155):

Nosso propósito é poder medir a capacidade intelectual da criança que nos trazem, verificar se ela é normal ou atrasada. Portanto, o que devemos estudar é o seu estado atual, e apenas isso. Não nos interessa sua história passada, nem o seu futuro; conseqüentemente, deixemos de lado a sua etiologia, e não faremos qualquer tentativa de estabelecer uma disfunção entre a idiotia adquirida e a congênita... Quanto ao seu futuro, praticamos a mesma abstenção; não procuramos estabelecer ou preparar qualquer prognóstico, e não nos pronunciamos quanto à possibilidade de cura de seu atraso ser ou não incurável. Limitamo-nos a determinar a verdade quanto ao seu presente estado mental.

O uso do QI como um fator inato e hereditário ocorreu com a chegada do teste de Binet nos Estados Unidos, destacadamente com o psicólogo H.H Goddard, criador do termo débil mental. A partir daí, os testes de QI começaram a ser usados como uma mercadoria para separar as pessoas em classes e de acordo com a sua funcionalidade, influenciados diretamente pelas teorias racistas e pelo Darwinismo Social. O seu uso na educação serviu para justificar a exclusão dos alunos das classes mais pobres e precarização de suas escolas, com o argumento de uma “suposta” incapacidade herdada e determinada biologicamente. (GOULD, 2014)

Nesse contexto, essas explicações sobre o fracasso escolar encontraram um terreno fértil, de forma que ocorreu uma complementariedade entre Psicologia e Pedagogia. A partir de concepções racistas e hereditárias, e do surgimento dos testes psicológicos, começou-se uma segunda modalidade de explicação do fracasso escolar que visa a mensurá-los e classificá-los através de distúrbios psicológicos. Porém, com surgimento da Psicanálise e as lutas raciais ocorridas no mundo (especialmente nos EUA), as teorias racistas e hereditárias começaram ser postas em xeque.

Com isso, a partir das décadas de 1960 e 1970 começou a florescer um conjunto de teorias ambientalistas para explicar o fracasso escolar, mudando o foco dos aspectos biológicos e hereditários para o ambiental. É inegável o avanço realizado com essa mudança de foco, tendo em vista uma suposta superação de um olhar biologizante para o fenômeno. Porém, o ambiente de que se fala nessas teorias advém da biologia. Assim, o ambiente é visto

de forma naturalizada e funcionalista, e quando se consideram os aspectos sociais e culturais, eles são colocados em segundo plano escamoteando o sistema de produção capitalista e a desigualdade social.

Patto (1999, p.112) assinala que, em seu bojo, tanto as teorias racistas e hereditárias quanto as ambientalistas contêm um viés adaptacionista, no qual as pessoas das classes pobres são vistas como primitivas e inferiores. Assim, ela deixa claro que:

Apesar das diferenças que as concepções hereditárias e ambientalistas do desenvolvimento humano guardam entre si, têm em comum a suposição de que as dificuldades de aprendizagem que as crianças pobres costumam exibir na escola decorrem de distúrbios contraídos fora dela.

A partir das pesquisas e denúncias de Patto, um coletivo de psicólogos passou a analisar a escola em suas dimensões históricas, políticas e econômicas. Nas palavras de Souza (2007, p.242), “a escola, como ocorre com as instituições em geral, é um campo de contradições e paradoxos. Nela atuam forças que tendem a produzir fracasso e sofrimento nas pessoas que dela fazem parte”.

Assim, depreende-se que essa escola que produz fracasso desde o seu surgimento na sociedade capitalista também é atravessada por processos medicalizantes, construídos e construtores de preconceitos. A escola na sociedade capitalista é uma “instituição medicalizada, adoecida e adoecedora desde o início” (COLLARES; MOYSÉS, 2014, p.51) e os problemas de escolarização decorrentes dela são vistos como diferenças individuais que se expressam em transtornos de cunho biológico e inato.

Atualmente, com as neurociências e a psiquiatria biológica, as explicações organicistas sobre o fracasso escolar retornaram com força. Elas consideram que o fracasso escolar seria causado por transtornos biológicos localizados no cérebro, de forma que se assiste atualmente ao que Collares e Moysés (2014) caracterizam como “a educação na era dos transtornos”.

Vale ressaltar que, na década de 1980, Patto (1999, p.113) já observava o retorno dessas explicações biológicas:

Essa medicalização generalizada do fracasso escolar recebeu novo impulso na década de sessenta, quando médicos-psicólogos introduziram no Brasil a abordagem psiconeurológica ao desenvolvimento humano, que trouxe consigo as noções de disfunção cerebral mínima e de dislexia, objetos privilegiados pela atenção de neuropediatras, psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos. A partir do final dos anos setenta, vários indícios sugerem a volta desta linha de análise; a categoria profissional dos psicopedagogos, tradicionalmente muito orientada por estas concepções, que se constituiu no país durante os anos sessenta, pari passu com a divulgação dessa abordagem teórica aos distúrbios de conduta e de personalidade, vem expandindo-se e organizando-se nos últimos anos. Inicialmente restritos ao atendimento em clínicas particulares de crianças da burguesia com dificuldades de aprendizagem escolar, estes profissionais têm-se mostrado desejosos de colaborar,

através da especificidade de sua atenção, para a redução dos altos índices de repetência na escola pública de primeiro grau. Sem negar a existência destes quadros clínicos, queremos apenas lembrar que eles têm sido questionados por alguns grupos de pediatras brasileiros (veja, por exemplo, o número especial dos Cadernos Cedes, 1985), atento às dimensões pedagógicas, sociais e políticas da repetência generalizada entre crianças pobres. A bem da verdade, é preciso registrar que alguns psicopedagogos adotam esta mesma postura crítica frente à questão do fracasso escolar.

Sobre a questão da medicalização do fracasso escolar, Amarante e Pande (2015) assinalam que é comum o prisma de ver os problemas escolares através de uma ótica individual, atribuindo ora à criança, ora à sua família as causas do fenômeno. A partir da leitura desses autores, identifica-se que muito desse prisma advém da relação que o tratamento mental infantil (principalmente através da Psiquiatria) estabelece com a educação, culminando nos processos medicalizantes que assistimos atualmente e estão presentes na educação. Dessa maneira, segundo Amarante e Pande (2015, p.78-9), configurou-se um tratamento mental infantil a partir da psiquiatria que tem:

em linhas gerais, uma concepção nosológica e clínica que não prescinde da pedagogia, por suas técnicas e critérios, configurando um modelo de cuidado eminentemente pedagógico; por outro, uma pedagogia que depende da psiquiatria e de saberes próximos como modelos explicativos centrais para suas práticas.

Os autores identificam que essa relação e a concepção individualizante do fracasso escolar têm suas raízes no método médico-pedagógico para tratar das crianças ditas “anormais”, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX. Nesse período, a psiquiatria da infância guarda semelhanças com a do adulto. Passou-se a reconhecer patologias mentais nas crianças e as síndromes dos adultos serviram de modelo para as crianças. A noção de degenerescência desenvolvida por Morel permitiu a compreensão de que os processos patológicos ocorriam desde a infância. Com isso, a clínica superou as classificações meramente descritivas, tornando-se etiopatogênica e diacrônica, de maneira que teve início o processo de procurar explicações causais das doenças mentais e compreendê-las a partir de seu “desenvolvimento natural”. (AMARANTE; PANDE, 2015)

A partir daí, os alienistas passaram a se dedicar ao tratamento das crianças ditas anormais, a chamada idiotia¹⁰ ou a alienação mental propriamente dita. Os alienistas e educadores passaram a acreditar na necessidade de tratamento dos *idiotas*, de forma que muitas crianças eram enviadas à escola como parte do tratamento. Um dos primeiros a se dedicar ao método médico-pedagógico foi Désiré Bourneville, médico alienista francês na

¹⁰ O conceito de idiotia é oriundo da nosografia de Esquirol. Ele acreditava que consistia em um defeito original no curso do desenvolvimento adquirido precocemente na infância. (AMARANTE; PANDE, 2015)

virada do século XIX para o século XX, que dirigiu os setores infantis do hospital de Bicetrê e da Fundação Vallé, onde esteve à frente do tratamento de muitos meninos e meninas. (AMARANTE; PANDE, 2015)

Bourneville era um anticlerical ferrenho e defensor da laicização do tratamento dos alienados, defendendo ardorosamente o tratamento específico de crianças, que até então viviam misturadas com os adultos alienados. Ele era entusiasta do tratamento baseado no modelo médico-pedagógico, adaptado do método Séguin¹¹. Este método promoveu uma ruptura com os princípios de Esquirol e consistia de uma prática médica, higiênica e pedagógica. Para Amarante e Pande (2015, p.81), o método médico-pedagógico de Bourneville consistia:

Em uma série de práticas reparadoras, incluindo exercícios do andar, sustentação, fricção dos membros, ensino de como lavar o rosto com as mãos, abotoar, dar laço e nó, a vestir-se; ensino de fixar o olhar e prestar atenção; educação dos sentidos (tocar, reconhecer odores e sons); educação física e ginásticas variadas; lições escolares, como reconhecer objetos, ler, calcular, educação da palavra e correção de vícios de pronúncia, semelhante às técnicas usadas em instituição de surdos-mudos. As meninas aprendiam a arrumar a cama e lavar a louça. Eram propostas atividades como passeios a parques e charrete, festas, e algumas crianças chegavam a tocar instrumentos, participar de fanfarras e até de competições. O ensino profissional era encorajado, havendo aulas de jardinagem, costura, carpintaria, serralheria etc., atividades que contribuiriam para instrução profissional.

A partir do método médico-pedagógico foram lançadas as bases para o tratamento das crianças anormais ou idiotas pelos alienistas, constituindo-se em “uma prática eminentemente pedagógica, no interior de uma instituição a um só tempo hospitalar e educacional, onde as atividades pedagógicas eram o tratamento propriamente dito” (AMARANTE; PANDE, 2015, p.82).

O método médico-pedagógico teve forte influência no tratamento destinado às crianças tidas como anormais no Brasil. Não por acaso, a primeira instituição com essa finalidade foi denominada Pavilhão-Escola Bounerville, no Interior do Hospital Nacional de Alienados, na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro. Assim, a partir da diferenciação da terapêutica infantil, iniciou-se uma relação intrínseca entre a escola e o tratamento mental, tendo como consequência a inserção de uma visão médico-psicológica nas práticas pedagógicas. (AMARANTE; PANDE, 2015)

Outro trabalho que contribuiu de forma exemplar com essa inserção foi o de Binet e Simon. Eles defendiam que uma parte considerável das crianças poderia se beneficiar de uma

¹¹ Eduard Séguin foi um educador de crianças idiotas e dedicou-se a aplicar o método pedagógico em Bicêtre por alguns anos. Foi muito contestado pelo fato de não ser médico, pois havia se formado em direito. (AMARANTE; PANDE, 2015)

pedagogia especial e defendiam, inclusive, que o tratamento deveria ser feito na escola e não no hospital. Eles foram conhecidos pela sua psicologia científica e foram precursores dos testes de inteligência, acreditando que poderiam identificar, nas escolas regulares, crianças consideradas anormais através de métodos provenientes do alienismo. “Tratava-se de uma visão médico-pedagógica capaz de identificar os escolares, mostrando outra face dessa relação íntima” (AMARANTE; PANDE, 2015, p.82). Segundo Patto (1999, p.62-63):

A explicação das dificuldades de aprendizagem escolar articulou-se na confluência de duas vertentes: das ciências biológicas e da medicina do século XIX recebe a visão organicista das aptidões humanas, carregada, como vimos, de pressupostos racistas e elitistas; da psicologia e da pedagogia da passagem do século herda uma concepção menos hereditária da conduta humana – isto é, um pouco mais atenta às influências ambientais, e mais comprometida com os ideais liberais democráticos. A ambiguidade imposta por esta dupla origem será uma característica do discurso sobre os problemas de aprendizagem escolar e da própria política educacional, nela baseada, nos países capitalistas no decorrer de todo o século XX.

O anormal era identificado com base no seu comportamento na escola e, em certa medida, a definição médica era realizada em função do modelo pedagógico. Nessa concepção, era papel da pedagogia fazer a primeira triagem entre as crianças da escola, identificando aqueles com suspeita de retardo. Aos pais cabia convencê-los a aderir ao tratamento e mostrar as vantagens de um método próprio de aprendizagem das necessidades das crianças a partir do modelo médico-pedagógico. (AMARANTE; PANDE, 2015)

A partir da década de 1930, começou-se a delinear uma disciplina específica do campo infantil, com forte influência da psicossomática, da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Começa-se a desenvolver um interesse pelo cérebro da criança e a psiquiatria infantil começou a ser concebida de forma psicofisiológica. Ela teve forte influência da fundação oficial da psiquiatria infantil francesa em 1914, por Georges Heuyes, unindo uma série de disciplinas, de forma a adotar uma prática clínica sistematizada específica para a infância e a adolescência.

Essas ideias encontram eco em um projeto higienista brasileiro, que tinha como ideário a construção de uma sociedade nos moldes das civilizações europeias. As intervenções médico-psicológicas na família começaram a ganhar força, e a criança tornou-se figura chave nesse processo, pois representava o futuro do país e deveria ser moldada para tal. O conceito de degenerescência desenvolvido por Morel em meados do século XIX ganhou força novamente, encontrando eco no higienismo. (PATTO, 1999; AMARANTE; PANDE, 2015)

Costa (1979) aponta que a ascensão do higienismo no Brasil deve ser compreendida a partir do ponto de vista histórico, e não apenas científico. Em nome de um discurso nacionalista e de progresso no século XIX, a elite brasileira se uniu com a classe médica para

intervir na família colonial e criar um novo projeto de desenvolvimento para o país. Para tanto, novas normas e regras foram criados no intuito de moldar hábitos e costumes, alterando o funcionamento social.

O discurso nacionalista colocou a criança como o símbolo desse novo país, sendo vista como futuro cidadão da nação. O movimento higienista centrou suas atenções na criança: a maneira como ela era tratada na infância iria determinar suas qualidades corporais quando adulto. Crianças submetidas à má alimentação, má nutrição, falta de exercício, falta de amor paterno e materno, castigos brutais etc., seria um adulto fraco de caráter e com uma saúde física e mental precária. Uma criança bem cuidada iria se tornar o perfeito adulto higiênico, um cidadão padrão para o desenvolvimento da nação. (COSTA, 1979)

Acreditava-se que a transmissão dos males morais seria a causa de toda a ordem de desequilíbrios e somente a profilaxia poderia combater desvios como o alcoolismo, o casamento consanguíneo, a sífilis etc. Começou-se a inculcar a visão do lar degenerado pelas parcelas mais pobres da população, vistas como primitivas e pouco desenvolvidas. Dessa maneira, deviam ser combatidos os maus hábitos e os lares degenerados, de forma que a escola tornou-se uma instituição central nesse projeto. (COSTA, 1979; PATTO, 1999; BLINKSTEIN, 2013; AMARANTE; PANDE, 2015)

A medicina e a psicologia tornaram-se disciplinas fundamentais no higienismo escolar que veio a se constituir. O médico deveria, junto ao professor, identificar problemas sanitários e higiênicos a fim de agir de maneira capilar em prol da ordem e dos bons hábitos. A criança deveria ser moldada a levar para os “lares degenerados” noções de higiene adquiridas na escola. (AMARANTE; PANDE, 2015). Nesse sentido, sobre o papel da escola no ideário higienista, Costa (1979, p. 201) assinala que:

A criança moralizada no colégio era necessária à engrenagem social. A meta de todo esse arsenal moralizador era a criação, nos educandos, de uma ética compatível com as mudanças econômicas. Pelo menos dois aspectos dessa ética são visíveis nas prescrições higiênicas: a aceitação do valor do trabalho e o respeito à propriedade privada.

Essa vertente higienista pavimentou a visão da escola sobre as classes pobres. As explicações do fracasso escolar passaram a se centrar na família degenerada que supostamente estaria presente nas classes pobres. No dizer de Patto (1999, p.68):

Os juízos de valor centrados no modo de viver e de pensar dos grupos dominantes impregnam os trabalhos dos antropólogos culturalistas, que frequentemente consideram “primitivos”, “atrasados” e “rudes” grupos humanos (muitas vezes classes sociais) que não participam ou participam parcialmente da cultura dominante. A influência desta maneira de pensar sobre as pesquisas que investigaram as relações familiares e as práticas de criação infantil é nítida desde o

início do século; a ausência, nas classes dominadas, de normas, padrões, hábitos e práticas presentes nas classes dominantes, foram tomadas como indicativas de atraso cultural destes grupos, o que aproximaria do estado primitivo dos grupos étnicos de origem.

A influência do higienismo na visão medicalizante sobre o fracasso escolar, destacadamente sobre as/os alunas/os das classes mais pobres, fica ainda mais evidente no trabalho da pesquisadora Patrícia Zucoloto, que analisou o discurso médico sobre a escola nas teses inaugurais da Faculdade de Medicina da Bahia, na segunda metade do século XIX. Nessas teses, predominava a visão de povo brasileiro atravessada pelas “teorias raciais”, na qual a ideia difundida era de que as pessoas da classe pobre, negras e indígenas eram incapazes para a escolarização. Através da higiene escolar, a medicina adentrou no chão da escola com um discurso normatizador que prescrevia um modelo ideal de escola, de acordo com a ciência da higiene. (ZUCOLOTO, 2007)

Assim, essa apropriação da sociedade pelo discurso médico higienista exigiu uma tripla operação: a escola como uma instituição-padrão para transmitir normas e valores das classes dominantes; a atribuição de distúrbios à família, seja pela disciplina imposta no lar, seja por antecedentes patológicos (transmissíveis hereditariamente), seja pelo preconceito com as classes populares consideradas “primitivas”; e pela introdução da psicanálise¹² na justiça de menores, exigindo um movimento de flexibilização da psiquiatria em prol do estabelecimento de uma nova maneira de olhar a família (PATTO, 1999; AMARANTE; PANDE, 2015). Através dessa tripla operação, a visão médico-psicológica passou a ser inculcada cada vez mais na pedagogia e no olhar sobre o fracasso escolar.

Apesar de a onda higienista ter diminuído na primeira metade do século XX, muitas de suas concepções continuam presentes até hoje. Dois grandes exemplos são as ideias de que as/os professoras/es têm que ser treinados para identificar possíveis transtornos e encaminhar para serviços de saúde, bem como a visão preconceituosa que se têm da família e das crianças e adolescentes pobres (AMARANTE; PANDE, 2015; PATTO, 1999)

¹² A introdução da psicanálise na justiça de menores resultou na visão de que lares degenerados produziram no futuro a delinquência e a insanidade. Essa concepção influenciou diretamente na criminalização da pobreza pelo estado, de maneira que as famílias da classe pobre passaram a ser culpabilizadas pelo aumento da criminalidade e o abandono infantil. Esse pensamento serviu de alicerce para a construção de um aparato médico jurídico em relação à infância e à adolescência no período, a exemplo do Código de Menores (conhecido como código Melo Matos), de 1927, que instituiu a categoria social do “menor”. Esse aparato serviu para justificar ações asilares e de tutela do estado em relação à infância e adolescência. A condição de “menor” serviu para retirar diversas crianças e adolescentes da tutela da família e serem inseridas em instituições de recolhimento e internação (internatos, asilos, educandários, reformatórios). O princípio que norteava essas ações era de que separando a criança do seu “meio ambiente de risco”, poder-se-ia educá-la com vistas a formar futuros cidadãos para serem reintegradas à sociedade.

Com o surgimento da psiquiatria biológica e da ascensão das neurociências, a psiquiatria científica sob a égide da medicina baseada em evidências¹³ deu um novo impulso às hipóteses etiológicas dos transtornos mentais. Começou-se a buscar maior homogeneidade no diagnóstico dos transtornos mentais com a criação de manuais oficiais de classificação como o Classificação Internacional de Doenças (CID) e o DSM. Os diagnósticos e os distúrbios começaram a ser popularizados e a invadir o imaginário popular e ser incutidos no universo escolar. A partir da segunda metade do século XX, ocorreu a ascensão da psiquiatria biológica com descoberta do primeiro antipsicótico. Houve um *boom* psicofarmacológico e um grande crescimento da indústria farmacêutica; a população começou a fazer uso de medicamentos em tratamentos para melhorar o desempenho ou “bem-estar”. (AMARANTE; PANDE, 2015; LIMA, 2016)

Rose (2013) apresenta que até 1950 os remédios psiquiátricos tinham sido interpretados de forma geral, a exemplo de sedativos e estimulantes. Com uma série de tecnologias surgidas na época, os remédios psiquiátricos modernos começaram a ser desenvolvidos em meados dos anos 1950, pavimentando e impulsionando a ideia de que os transtornos mentais eram causados por problemas neuroquímicos. Essa concepção ganhou ainda mais força com uma série de invenções na última metade do século XX, a exemplo da tomografia computadorizada e ressonância magnética, a qual proporcionou que o cérebro humano pudesse ser escaneado e visualizado. Nesse panorama, a imagem do cérebro humano vivo se tornou mais um órgão do corpo a ser visto pelo médico.

Nos anos 1930 e 1940, predominou como modelo na psiquiatria o referencial psicanalítico e ligado ao campo das humanidades, que entendiam a personalidade a partir de um modelo psicodinâmico. No entanto, a partir dos anos 1950, o viés biologicista voltou com força através da psiquiatria biológica. Segundo Rose (1968, p.268),

O novo estilo de pensamento na psiquiatria biológica não apenas estabelece o que conta como explanação; determina o que há para explicitar. O profundo espaço psicológico que se abriu no século XX, nivelou-se. Nessa nova explicação de personalidade, a psiquiatria já não distingue entre distúrbios orgânicos e funcionais. Já não se preocupa com a mente ou com a psique. A mente é simplesmente o que o cérebro faz. E patologia mental é simplesmente consequência comportamental de um erro ou anomalia identificáveis, e potencialmente corrigíveis, em alguns

¹³ A medicina baseada em evidências é um paradigma da medicina que defende a aplicação do método científico para todas as áreas da medicina. Nesta concepção, a prática clínica utiliza-se das melhores evidências dos estudos clínicos para orientar na escolha do melhor tratamento para o paciente. Esses estudos são baseados na epidemiologia e na estática. Os críticos a esse paradigma argumentam que a medicina por si só já faz uso da prática científica na sua prática, bem como a maneira que esses estudos são realizados. O uso da medicina baseada em evidências em áreas como a psiquiatria têm sido alvo de crítica por parte de diversos profissionais, por ter uma compreensão biologizante e determinista do indivíduo. Os críticos alegam que esse tipo de pensamento não deve ser estendido indiscriminadamente para todas as áreas da medicina. .

daqueles elementos agora identificados como aspectos daquele cérebro orgânico. Isso é uma mudança na ontologia humana – nos tipos de pessoas que nos consideramos ser. Implica novo jeito de ver, julgar e agir sobre a normalidade ou anormalidade humanas. Possibilita-nos sermos governados por novos caminhos. E possibilita-nos gerenciar-nos diferentemente.

A psiquiatria biológica teve um forte impulso da indústria farmacêutica ao colocar a medicação como um elemento central no tratamento do transtorno mental. Rose (2013) destaca que se antes os remédios eram usados como uma maneira de conter o indivíduo, hoje ele funciona como uma maneira de normalizá-lo e ajustá-lo à sociedade. A partir da década de 1980, os sistemas psiquiátricos de muitos países consideraram os remédios como uma forma de conservar as pessoas com transtorno mental fora dos asilos e possibilitá-las a lidar com a vida em comunidade. (ROSE, 2013)

Dessa maneira, nos últimos anos, a indústria farmacêutica se tornou um negócio que movimenta milhões em dinheiro, influenciando diretamente na produção de remédios e na criação de novos diagnósticos. Se “Na era da eugenia, distúrbios mentais eram patologias, um escoadouro da economia. Hoje em dia, eles são oportunidades vitais para a criação de lucro privado e de crescimento econômico nacional” (ROSE, 2013, p. 290). A saúde mental passou a ser vista como um negócio, a indústria farmacêutica passou a investir em propaganda direta para o consumidor na internet e na televisão, e no lobby com as associações de psiquiatria.

Destaca-se também a volta do determinismo biológico através da genética, sobretudo na década de 1980 com a genética comportamental, a psicologia e a neurobiologia. Esse período teve como marco a ascensão de governos conservadores, como maneira de fazer frente aos diversos movimentos sociais que surgiam cobrando maior igualdade e participação na sociedade nas décadas de 1960 e 1970, a exemplo do movimento negro e das lutas feministas. Começou a aparecer novamente uma série de explicações calcadas no reducionismo biológico, localizando no cérebro a causa da desigualdade social para justificar a supremacia de certos grupos humanos sobre outros. As pessoas que pertenciam a diversos grupos oprimidos e não se ajustavam à ordem vigente, a exemplo dos movimentos sociais citados acima, eram vistas como doentes, com problemas no cérebro que precisavam ser medicadas. (ROSE; LEWONTIN; KAMIN, 1984)

Nesse sentido, começou a florescer nos anos 1980 associações de pessoas com diagnósticos psiquiátricos e seus familiares exigindo maior poder político de afirmar e reivindicar diagnósticos e tratamentos. Se no alienismo a família ficava afastada, e no período de higiene mental era preciso conscientizá-la da necessidade de transformação de suas ações, na passagem do século XX para o século XXI há uma crescente participação da família como

agente fundamental para reivindicar diagnósticos e demandar tratamentos e supostos direitos. (LIMA, 2005; COLLARES; MOYSÉS, 2014; AMARANTE; PANDE, 2015; LIMA, 2016)

Lima (2016) assinala que essas tendências presentes na psiquiatria geral chegaram na área da infância na década de 1980. Correlato ao declínio do referencial psicanalítico e de teorias e práticas ligadas ao campo das humanidades, ocorreu o fortalecimento das correntes organicistas, a ampliação do uso de psicofármacos e ascensão da psiquiatria descritiva. Esse movimento gerou um avanço dos diagnósticos psiquiátricos na infância enquadrando comportamentos antes considerados “normais”. As explicações biológicas para os transtornos na infância e adolescência voltaram com força, sobretudo com as neurociências. Destaca-se também que as hipóteses biologicistas sobre o fracasso escolar voltaram a ganhar força, ou seja, a criança não aprenderia e/ou não se comportaria na escola devido a problemas no cérebro, necessitando de intervenção medicamentosa. (VIÉGAS, 2014a; LIMA, 2016)

Entretanto, mesmo com a hegemonia da psiquiatria biológica e das neurociências que localizam no cérebro a causa dos transtornos psiquiátricos, o comportamento escolar continua sendo critério para a classificação e diagnóstico, sobretudo na infância e adolescência. Nesse paradigma, a função dos educadores de identificar problemas mentais e comportamentais a partir de um sistema médico-psicológico continua fortemente presente no sistema educacional. Collares e Moysés (2014, p.61) ressaltam que:

O ideário que rege o cotidiano escolar está cada vez mais permeado, atravessado pela disseminação epidêmica de supostos transtornos. Permeado porque permeável e intensamente poroso, porque subalterno a outros campos profissionais. A educação se submete à medicina, à Psicologia, à Fonoaudiologia, que se apropriam cada vez mais, ilegitimamente, de um campo que lhes é estranho. Apropriam e deturpam, moldando-o a suas concepções, métodos e, sobretudo, interesses profissionais de mercado.

Nesse contexto, o mercado de cursos voltados para instrumentalizar professores para identificar supostos distúrbios, como TDAH e Dislexia, vem crescendo de forma assustadora, estando cada vez mais presente na escola pública. A neuropsiquiatria atravessa a educação de forma avassaladora; modelos como a psiquiatria do desenvolvimento e as neurociências da educação adentram na rede pública de ensino com a promessa de tornar mais “científica” a educação e garantir critérios de eficiência e produtividade que lembram o modelo taylorista e fordista. Dessa forma, a medicalização da educação encontra sua face mais perversa. Segundo Amarante e Pande (2015, p.91):

Em certa medida, o comportamento escolar continua sendo critério para a definição e classificação de diagnósticos. Tampouco não é nova a função dos educadores de identificar e agir sobre problemas mentais e comportamentais, com fortes conexões com o sistema médico-psicológico. Ao mesmo tempo, parece haver grande

valorização de cursos, formações e materiais informativos, de modo a instrumentalizar os professores e pedagogos a reconhecer os supostos problemas mentais e comportamentais como epifenômeno do funcionamento neuronal. Tem havido uma busca por associar o conhecimento pedagógico aos conhecimentos neurocientíficos, habilitando os educadores a encaminhar os casos identificados para serviços especializados.

Assim, diante de uma política pública educacional produtora de fracasso escolar, com uma pedagogia historicamente atravessada pelo sistema médico-psicológico que advém do alienismo e higienismo, a solução que a escola é convencida a buscar é o encaminhamento de alunos com problemas de escolarização para os serviços de saúde, em especial de saúde mental. Diante de uma sociedade capitalista que produz fracasso escolar e precariza a escola pública como maneira de perpetuar a desigualdade social, diariamente alunos têm sido encaminhados com queixa escolar aos CAPSi. (SOUZA, 2007; BELTRAME; BOARINI, 2013; VIÉGAS, 2014b)

Frente ao fracasso escolar, o foco recai sobre os alunos e suas famílias, desconsiderando todos os processos históricos, econômicos, sociais, políticos, institucionais, pedagógicos e relacionais que marcam a instituição escolar. Os alunos e as famílias são vistos como “doentes”, transformando problemas escolares em médicos e psicológicos, sem analisar a escola e o contexto no qual ela está imersa. Disso, decorre um encaminhamento cada vez maior de crianças e adolescentes, por parte da escola, aos serviços de saúde e a ampliação do número de políticas públicas que visam a tratar a queixa escolar de forma medicalizante. (PATTO, 1999; PATTO, 2005; OLIVEIRA; SOUZA, 2013; VIÉGAS, 2014; MOYSÉS; COLLARES, 2014; VIÉGAS, FREIRE; BONFIM, no prelo)

Para Viégas (2014, p.129), é possível assinalar que:

Neste ponto, o sistema educacional encontra-se de forma perversa com as políticas de saúde. A equação é quase simples: na medida em que a escola é precarizada pelas políticas educacionais, implantadas com vistas ao barateamento dos investimentos públicos, aumenta o fracasso escolar, que, interpretado como problema biológico, amplia a demanda por projetos de “saúde do escolar”.

Isso resulta em um número enorme de crianças despejadas nos serviços de saúde para serem tratadas por terem queixas escolares (SOUZA, 2007). Em especial os CAPSi, que têm recebido cada vez mais encaminhamentos relacionados a queixas escolares (BORDINI et al, 2012; BELTRAME; BOARINI, 2013; MEDEIROS; BRAGA; JESUS, 2011; KANTORSKI et al, 2014; VIÉGAS, 2014b) .

Apesar de encontrar poucos estudos sobre a temática, eles desvelam que o número de encaminhamentos tem sido grande e em muitos casos tratado de forma medicalizante.

Através de um levantamento dos encaminhamentos feitos aos CAPSi no município de Resende-RJ, no período de janeiro a novembro de 2012, constatou-se que das 570 avaliações solicitadas, a maior parte era demanda escolar (32%). Entretanto, apenas 9% destes encaminhamentos eram casos para os CAPSi. (MEDEIROS; BRAGA; JESUS 2013)

Em outro estudo realizado por Bordini et al (2012), foram encontrados dados semelhantes a partir da revisão dos encaminhamentos realizados para o CAPSi de Vila Maria, na cidade de São Paulo, no período de novembro de 2010 a janeiro de 2012. Identificou-se que dos 927 encaminhamentos, 141 eram das escolas (16%), sendo que, desses, apenas 20 (14%) foram aceitos e 121 (86%) foram encaminhados para outros serviços.

Outro estudo que merece destaque é o de Beltrame e Boarini (2013), realizado em um CAPSi localizado no interior do estado do Paraná. Levantou-se que no período entre julho e dezembro de 2008, dos 193 prontuários investigados, as queixas escolares estiveram presentes em 117 (60%), sendo a escola responsável por 37,3% dos encaminhamentos. As autoras também encontraram uma *disfunção* entre as áreas da saúde e educação, bem como “a medicalização da infância e a responsabilização da criança pelos problemas sociais, educacionais e familiares” (BELTRAME; BOARINI, 2013, p.348).

No caso da Bahia, a pesquisa realizada por Viégas (2014b) sobre a atuação de psicólogos na educação básica no Estado constatou que é escassa a presença desse profissional nas redes municipais e estadual de educação. Dessa forma, o estudo levanta que as queixas escolares que seriam atendidas pelos psicólogos estão sendo encaminhadas para os serviços de assistência social e de saúde, em especial os CRAS, CREAS e CAPSi.

Estudo posterior, realizado como sequência da pesquisa citada acima, teve como objetivo analisar concepções e práticas de psicólogos que atuam nos serviços públicos de Assistência Social e Saúde atendendo queixas escolares no estado da Bahia, apontando que quase a totalidade das profissionais de CAPSi afirmaram atender a queixa escolar, que representa a maior parte da demanda no serviço. Além disso, foi encontrado que ainda é dominante uma perspectiva medicalizante sobre o fracasso escolar entre as/os profissionais. (VIÉGAS; FREIRE; BONFIM, no prelo)

Portanto, diante de tal realidade, torna-se de suma importância investigar como os profissionais da saúde mental, em especial os CAPSi, têm entendido e atendido as queixas escolares. É necessário pensar os efeitos produzidos na relação entre a saúde mental e a educação, sendo que a primeira tem atravessado historicamente a segunda. Diante da medicalização da vida e da educação, torna-se necessário pensar essa relação. Assim, na

próxima seção, será discutido como as queixas escolares têm sido atendidas e entendidas historicamente e hegemonicamente nos serviços de saúde, especialmente os de saúde mental.

4 A QUEIXA ESCOLAR E O SEU ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Diante do quadro histórico de medicalização do fracasso escolar, o encaminhamento de crianças e adolescentes com queixa escolar para os serviços de saúde tem sido frequente. Com o barateamento dos investimentos públicos em educação e a precarização das políticas públicas educacionais, cada vez mais crianças e adolescentes têm fracassado na escola. Dificuldades no processo de escolarização são interpretados pelas/os educadoras/es como problemas biológicos, médicos e/ou psicológicos, resultando no encaminhamento dessas/es alunas/os para serviços de saúde. (VIÉGAS, 2014a)

Dentre as/os profissionais procurados nesses serviços, destaca-se a/o psicóloga/o. Segundo Machado (1994, p.1):

Os psicólogos têm sido os profissionais procurados para o atendimento de crianças com problemas escolares. Encaminham-se uma variedade de questões: crianças que criam problemas na sala de aula, que apresentam dificuldades para aprender, que se comportam agressivamente... Somos nós, psicólogos, os responsáveis legalmente pelo diagnóstico dessas crianças e, se for o caso, pelo encaminhamento das mesmas para as classes especiais das escolas estaduais. As escolas públicas têm procurado psicólogos tanto da rede pública como de algumas clínicas particulares para esse atendimento.

A autora denuncia que as escolas encaminham as crianças e adolescentes em busca de um diagnóstico que justificaria os problemas de comportamento e as dificuldades de aprendizagem. Dessa forma, problemas escolares e institucionais são transferidos para a esfera individual, como um problema de saúde mental da/o aluna/o. (MACHADO, 1994)

Diante desses encaminhamentos, pesquisas e estudos realizados sobre a atuação de psicólogos/os têm revelado que esses casos são entendidos e atendidos a partir de um modelo medicalizante e psicologizante. As concepções hegemônicas presentes no atendimento à queixa escolar partem de um modelo clínico tradicional que, segundo Souza (2010, p.35), é:

Reflexo de uma visão de mundo que explica a realidade a partir de estruturas psíquicas e nega as influências e/ou determinações das relações sociais sobre o psiquismo, encobrendo arbitrariedades, os estereótipos e preconceitos de que as crianças de classes populares são vítimas no processo educacional e social.

Um estudo realizado por Cabral e Sawaia (2001) com profissionais de psicologia que atuavam em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, encontrou que a compreensão que se tem da queixa escolar ainda está ligada a um aspecto individual. Ela é interpretada como um problema emocional ou cognitivo, supostamente advindo das suas condições de vida e que estaria interferindo na sua escolarização. O contexto

da escola não é levado em conta, a atuação centra-se na avaliação psicológica e trabalho psicopedagógico, tendo como finalidade “a compensação de supostas defasagens cognitivas, a eliminação de comportamentos inadequados e o tratamento de supostos problemas emocionais” (CABRAL; SAWAIA, 2001, p. 152).

Em outro estudo realizado por Souza e Braga (2014), com psicólogas/os de serviços de saúde e psicologia na cidade de São Paulo, em uma série histórica que começou em 1989 e foi até 2005, foram encontrados resultados semelhantes. Os encaminhamentos não foram compreendidos como queixa escolar, ou seja, a “expressão da complexa rede de relações que acontece na escola e que constitui um longo processo de produção do fracasso escolar das crianças, já nos anos iniciais da escolarização” (SOUZA; BRAGA, 2014, p. 54). As queixas escolares foram interpretadas no âmbito cognitivo e emocional, contribuindo para a exclusão de crianças e adolescentes com a atribuição de patologias que são resultados do funcionamento das práticas escolares.

Especificamente na área de saúde mental, destaca-se o trabalho feito por Marçal e Silva (2006) com psicólogas/os que atuavam em ambulatórios voltados para infância e adolescência em uma cidade do Triângulo Mineiro. Nele, as autoras verificaram uma dificuldade das/os psicólogas/os em atender crianças e adolescentes com queixa escolar; quando elas consideravam que o problema era só emocional, sentiam-se mais confortáveis para realizar o atendimento. Além disso, a estratégia predominante para atender esse tipo de caso, quando não existia uma questão emocional mais grave, era o encaminhamento para especialistas (neurologista, fonoaudiólogo e escolas especializadas), reforço na própria escola ou professores particulares.

No que tange às concepções sobre a queixa escolar, as/os psicólogas/os pesquisadas/os partiam de um discurso que culpabilizava a criança e adolescente e/ou sua família. Foi encontrada uma visão essencialmente clínica e desconexa da escola, considerando que as causas das dificuldades de aprendizagem seriam problemas emocionais que têm relação direta com a família. Chama atenção também as dificuldades na rede para encaminhar esses casos e a falta de estrutura nos serviços que trabalhavam. (MARÇAL; SILVA, 2006)

Merece destaque também o trabalho realizado por Viégas, Freire e Bonfim (no prelo) que investigou a atuação de psicólogas/os nos CAPS frente à queixa escolar no estado da Bahia. Foi encontrada uma compreensão e atuação, em sua maioria, atravessada por um olhar medicalizante, centrado no aluno e na sua família. Além disso, predominou um viés medicalizante de entendimento do fracasso escolar em que o objetivo do atendimento era adaptar e ajustar a/o aluna/o à escola e ao contexto social. No entanto, foi notável, apesar de

uma presença modesta e circunscrita, a existência a de profissionais trabalhando no sentido de desconstruir estigmas e preconceitos em relação aos encaminhamentos.

Sobre o atendimento psicológico à queixa escolar, Freller (2010, p.68) assinala:

Os psicólogos, ao mesmo tempo em que se defrontam com altos índices de desistências no decorrer do processo de tratamento, são obrigados a dar conta de uma fila de espera cada dia maior para o início do atendimento. Expressam muitas dúvidas em relação à adequação do tratamento psicológico “clássico” dirigido à população de baixa renda. Problematizam, no entanto, os pacientes e não a prática psicológica proposta. Encontram dificuldades para explicitar os objetivos que almejam com o seu trabalho e uma certa insegurança em relação aos resultados obtidos. Afirmam que a maior parte da clientela infantil procura atendimento por problemas escolares, mas não incluem a escola no processo diagnóstico nem na proposta de tratamento. Assim, tratam-se as crianças e suas famílias sem problematizar os fatores intra-escolares implicados na produção e manutenção da queixa escolar. Acreditam que todas as crianças têm algum nível de problema emocional.

Esses trabalhos apontam que, apesar de a psicologia escolar e educacional em uma perspectiva crítica fazer uma crítica desde a década de 1980 à maneira como a psicologia tem atendido e compreendido historicamente e hegemonicamente as queixas escolares a partir de um modelo clínico tradicional, sobretudo com os trabalhos de Patto (1984/1999), prática desses profissionais não mudou de forma profunda. Esse modelo considera que as dificuldades de aprendizagem seriam causadas por problemas exteriores à escola, geralmente problemas emocionais direta ou indiretamente ligados à família. Com isso, esses trabalhos apontam a necessidade de se repensar a formação em Psicologia, de forma que esta discussão esteja mais presente. (MACHADO, 1994; CABRAL; SAWAIA, 2001; SOUZA; BRAGA, 2014; MARÇAL; SILVA, 2006)

Porém, em um trabalho realizado por Beltrame e Boarini (2013), com a finalidade de analisar as demandas escolares acolhidas e atendidas em um CAPSi do Paraná, foi encontrado que a busca pelo atendimento psicológico não tem recebido lugar de destaque no encaminhamento das queixas escolares. Com a ascensão da psiquiatria biológica influenciada pela indústria farmacêutica, a saúde mental se tornou um produto de consumo e a medicação transformou-se na solução para todos os males. Essa questão tem motivado o encaminhamento para os CAPSi e está intrinsecamente ligada à maneira como a queixa escolar é atendida e acolhida no equipamento. Segundo Bealtrame e Boarini (2013, p.343),

A medicação tornou-se, literalmente, o remédio para os problemas de toda ordem, seja de ordem médica ou não, e dela nos utilizamos para compreender e solucionar os conflitos produzidos socialmente, tentando, mediante intervenções voltadas para a criança em particular, resoluções para os problemas da educação, da saúde, da família e da relação entre adultos e crianças em geral. Assim, muitas condutas, como a indisciplina ou a não aprendizagem, que, a nosso juízo, evidenciam os precários

resultados do sistema educacional e escolar em nossos dias, possuem uma classificação e são diagnosticadas segundo os critérios do DSM-IV ou do CID-10. Ressaltamos que o CAPSi não está excluído desse processo, ao contrário, participa de forma ativa: constitui a via para a obtenção desse diagnóstico e, em consequência, da medicação.

Assim, elas assinalam que, embora a Psicologia ainda exerça um papel importante no encaminhamento e atendimento às queixas escolares nos CAPSi, a medicação tem sido a figura central no processo. As autoras também verificaram as dificuldades da equipe da instituição pesquisada em realizar um trabalho coletivo internamente entre si, com a comunidade e outros serviços de saúde. O lugar funcionava como um ambulatório, no qual o modelo clínico individual era privilegiado, sendo que a psiquiatria e o tratamento médico ocupavam lugar de destaque. (BELTRAME; BOARINI, 2013)

Sobre esse aspecto, Lima (2016) denuncia que a intensidade da medicalização/psiquiatrização na infância é maior que nos adultos. Ao lado do complexo médico-farmacêutico, os pais, que têm aderido fortemente ao discurso da medicalização dos problemas dos filhos, têm procurado cada vez mais o diagnóstico e o remédio como o primeiro e, em muitos casos, o único recurso terapêutico. Nesse contexto, Lima ainda afirma (2016, p.67):

Ganham relevância os grupos familiares organizados em torno de transtornos, que pressionam em favor do acesso ao diagnóstico, do direito ao psicofármaco e da inflexão biológica das pesquisas sobre diversos problemas de saúde mental. A escola pode ser um outro elemento ativo nesse processo, sempre que relegar fatores relacionais a um plano secundário, privilegiando o diagnóstico psiquiátrico na compreensão das dificuldades dos alunos.

Diante desse cenário, ressalta-se que a própria política de saúde mental para crianças e adolescentes é recente, com a Lei 10.216¹⁴ que reorientaram o modelo de atenção em saúde mental e a Portaria GM/MS n.º 336 de 2001 que regulamentou a ação dos CAPS para as/os adultas/os e para a infância e adolescência. Tendo como base a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, ela mudou toda a lógica do atendimento em saúde mental no Brasil. Foi adotado um enfoque mais comunitário, que considera as pessoas com transtorno mental cidadãs. Segundo Couto (2012, p.9):

A afirmação de que até o final do século XX não havia, no Brasil, ações organizadas de cuidado em SMCA como respostas de políticas públicas, não deve confundir ou obscurecer o fato de que a ausência dessas políticas não constituiu impedimento para que uma série de intervenções de cunho assistencial, sob a chancela do poder público, incidisse sobre crianças e adolescentes com problemas mentais. Essas intervenções foram resultado, entretanto, de uma agenda política montada para responder aos problemas da pobreza e do abandono, que eram considerados

¹⁴ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 06 dez. 2016.

produtores de efeitos incapacitantes em crianças e jovens. A noção de incapacitação pela pobreza engendrou o desenvolvimento de práticas disciplinares corretivas que supunham poder recuperar as mazelas da infância e adolescência pobres, com vistas à formação de cidadãos civilizados e produtivos.

Apesar de não terem políticas públicas voltadas para saúde mental na infância e adolescência, aconteceram ações sistemáticas de cunho assistencial que tiveram suas origens na psiquiatrização da infância e na constituição da chamada “criança anormal”, atrelado ao surgimento da psiquiatria infantil. O psicanalista e historiador da psiquiatria Paul Bercherie, divide a constituição da psiquiatria infantil em três períodos. O primeiro período ocupa os dois primeiros terços do século XIX (até 1880 aproximadamente), e a “doença mental” da infância e a adolescência era a idiotia. Porém, a idiotia era vista muito mais como um defeito no desenvolvimento do que uma doença propriamente dita, marcando o surgimento da chamada “criança anormal”. (LIMA, 2016)

O segundo período vai dos anos 1880 até 1930, quando os psiquiatras passaram a se interessar pela infância dos alienados e pelo registro da doença do desenvolvimento das doenças mentais. O estudo da psiquiatria infantil era inspirado na clínica do adulto: buscava-se encontrar nas crianças a causa das síndromes mentais que acometiam as pessoas na fase adulta. Esse período marca a chegada da clínica psiquiátrica infantil no Brasil com a criação do Pavilhão Bounerville, em 1902 (BLIKSTEIN, 2012; LIMA, 2016)

O terceiro período deu-se a partir de 1930 e marcou o surgimento de uma psiquiatria infantil autônoma e independente da adulta, influenciada pela psicanálise e pelo modelo de conflitos inconscientes e na neurose que se desdobrariam na vida adulta. Começou-se a delinear uma psicopatologia infantil, voltando à atenção para a constituição do psiquismo e suas relações psicodinâmicas. (LIMA, 2016)

Esse período foi marcado também pelo higienismo e pela convergência do discurso médico com o jurídico. Principalmente no Brasil, a infância pobre foi tomada como a síntese dos problemas que poderiam comprometer o desenvolvimento da nação. A educação e a disciplina eram vistas pelo movimento higienista como a solução para criar futuros cidadãos. Nesse período, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, e o Código de Menores, em 1927. (BLIKSTEIN, 2012; COUTO, 2012)

As políticas em relação à infância a partir desse período foram marcadas pela filantropia e pelo assistencialismo. A criança pobre era vista como futura delinquente, resultado da pobreza moral e de seu meio social. Assim, as ações assistenciais e as

organizações filantrópicas voltadas a para infância tinham como diretrizes a prevenção (vigiar a criança), a educação (moldá-la) e a repressão (conter delinquência). (COUTO, 2012)

A escola foi vista como uma instituição para moldar as crianças no ideário higienista, sendo considerada uma importante aliada desse movimento para identificar e encaminhar crianças com doenças mentais para instituições de saúde. As crianças consideradas inaptas eram enviadas para instituições de reeducação e institucionalizadas. No dizer de Couto (2012, p.20),

Em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, a educação tornou-se a base da tentativa (fracassada) de superar as condições do atraso da criança desfavorecida, para regenerar sua capacidade produtiva e torná-la capaz de ocupar papel de destaque na construção do progresso do país. O investimento na educação pretendia também superar o paradigma disciplinar corretivo pelo educativo no trato da criança, e na tarefa de integrá-la ao mundo do trabalho.

A importância da escolaridade determinou uma reorientação na parceria da medicina com o Estado, pela necessidade de ser conferida racionalidade à classificação das crianças em sua aptidão para o ensino. Ao aparato médico foram agregados outros saberes e especialistas, especialmente da Psicologia e Psicometria, com a finalidade de classificar as crianças segundo a capacidade de aprendizagem e de instrumentalizar técnica e cientificamente a escolha de procedimentos pedagógicos mais adequados para o sucesso do projeto educativo. Um dos efeitos gerados pelo valor da educação para todos foi, no entanto, a exclusão dos inaptos e o encaminhamento deles para instituições de reeducação. Ou seja, tal qual o fracasso do projeto preventivista da higiene mental, a escolaridade para todos produziu uma legião de excluídos e validou o recurso à institucionalização, pela tese da natureza individual do problema.

Dessa maneira, o movimento higienista foi importante para constituir uma ciência médica para infância e seu desenvolvimento, bem como demarcar o conceito de “normalidade na infância”. O discurso higienista colocou a escola como responsável por identificar possíveis desvios na infância e adolescência, sendo que as crianças selecionadas eram encaminhadas para instituições de educação especial. O destino do encaminhamento era definido de acordo com o diagnóstico e classe social. Segundo Blikstein (2012, p.28-29):

Os portadores de anomalias físicas ou mentais consideradas graves iam para as instituições fechadas com completa reclusão; os meninos considerados delinquentes, inadaptáveis e incorrigíveis, por motivo de má educação ou por fatores hereditários, deveriam ir para institutos disciplinares e colônias agrícolas; as meninas iriam para reformatórios. As crianças detectadas na escola com desatenção, instabilidade, agitação ou apatia deveriam ser encaminhadas ao juizado de menores que classificaria a anormalidade e indicaria o corretivo.

A institucionalização marcou as ações em saúde mental na infância e adolescência até o final do século XX. Nesse contexto, Couto (2012) constata que “problemas de saúde mental em crianças e adolescentes foram considerados efeitos extremos da pobreza e do abandono, ou orbitaram como pauta periférica na agenda pública” (p.17). Foi somente com a criação dos

CAPSi que se começou a pensar em outro modelo de atenção à saúde mental na infância e adolescência.

O CAPSi é definido como:

um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que se ampliam as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil (BRASIL, 2004, p. 23.)

O mesmo documento diz que as atividades do CAPSi “devem ser dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender. Assim, por exemplo, as atividades de inserção social devem privilegiar aquelas relacionadas à escola” (BRASIL, 2004, p.23). Outro ponto importante é que apesar de não ser destinado ao atendimento de queixas escolares, o documento “Caminhos Para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil”, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2005, orienta que toda demanda encaminhada ao CAPSi deve ser acolhida, ouvida e respondida, mesmo que não seja necessariamente atendida, colocando como possibilidade de tratamento a desconstrução da demanda:

Existe ainda a possibilidade da desconstrução da demanda como demanda de tratamento. Nesses casos, o serviço deverá realizar o trabalho de desconstrução, que muitas vezes implica em uma intervenção junto a outras instâncias, a escola, por exemplo, quando encaminha situações de indisciplina ou os frequentíssimos “problemas de aprendizagem” como se fossem questões de saúde mental que necessitassem de tratamento. Nesse caso, além da construção de rede, o princípio aqui implicado é o da intersetorialidade. (BRASIL, 2005, p.13)

Assim, mesmo que a queixa escolar não esteja entre as atribuições, a política que o CAPSi deve adotar é de acolhê-la e desconstruí-la junto à escola. A política coloca também a necessidade da construção da rede e do trabalho coletivo, diferindo do modelo clínico tradicional em que o foco é o indivíduo e as intervenções acontecem de forma individual.

A preocupação com a medicalização e a patologização das questões de aprendizagem, comportamento e disciplina se mostrou presente nas Recomendações de Práticas não Medicalizantes para Profissionais e Serviços de Saúde e Educação do Fórum sobre Medicalização da Educação Sociedade, bem como nas Recomendações do Fórum de Saúde Mental Infanto-Juvenil, entre os anos de 2005 e 2012. Elas alertam para os exageros e a inconsistência dos diagnósticos realizados na área da infância e adolescência e para os polos

de saúde mental, inseridos em unidades educacionais, que podem contribuir com o processo de medicalização da educação. (FÓRUM ..., 2013; BRASIL, 2014)

Preocupado com a tendência das dificuldades de escolarização serem compreendidas como problemas biológicos a serem medicados, o Ministério da Saúde publicou em 1º de outubro de 2015, as “Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes”¹⁵. Nesse documento está expresso que o tratamento do TDAH e as dificuldades de escolarização deve priorizar as intervenções terapêuticas psicossociais e de educação, e o uso do medicamento só é recomendado em alguns casos, sempre depois de levantar a história da criança e adolescente e da avaliação multiprofissional da equipe do CAPSi. Enfatiza-se, ainda, que a prioridade no tratamento farmacológico enfraquece as abordagens psicossociais, bem como pode ter efeitos físicos e psicológicos perigosos para crianças e adolescentes.

Apesar desses documentos e da preocupação das instituições de saúde mental não contribuírem com a medicalização das queixas escolares, Beltrame e Boarini (2013, p.346) denunciam que os CAPSi podem realizar um trabalho que vai na contramão do que as diretrizes do Ministério da Saúde vêm dizendo:

O CAPSi insere-se, nesse contexto, como a via para a obtenção de medicamento. Encaminhadas pela escola, fundamentalmente sob a alegação de que apresentam sintomas de patologias, como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH – ou distúrbios de conduta, essas crianças são acolhidas e, muitas vezes, atendidas no CAPSi como portadoras desses ou de outros transtornos, e passam por consultas médicas, realizam exames, como eletroencefalogramas e tomografias, que culminam, não raro, na prescrição de medicamentos.

Nesse contexto, a queixa escolar é entendida e atendida a partir de um modelo clínico tradicional e o CAPSi contribui ativamente na medicalização das questões escolares, na produção de estigmas e exclusão de crianças e adolescentes da/na escola. Além disso, parte de um modelo de atendimento que se distancia das abordagens psicossociais, base para o atendimento nos CAPSi. É uma compreensão individualizante, que vem sendo duramente criticada pela psicologia escolar e educacional em uma perspectiva crítica nas últimas décadas. (PATTO, 1984; SOUZA, 2010; BELTRAME; BOARINI, 2013; SOUZA; BRAGA, 2014)

¹⁵Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audiencias-publicas/audiencia-publica-2015/audiencia-24.11/apresentacao-no-2-rubens>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

Outro fator complicador no atendimento das queixas escolares nos CAPSi, identificado por Souza e Braga (2014), diz respeito às políticas públicas de saúde, que pouco sabem sobre a realidade educacional brasileira. Embora se preconize uma articulação intersetorial com as instituições educacionais, os processos de escolarização vivenciados na infância e adolescência pouco aparecem, sendo que a escola é uma instituição que está necessariamente presente nessa faixa etária. Dessa maneira, o que se encontra em muitos casos nos CAPSi é uma disfunção entre a saúde e educação, na qual as crianças e suas famílias são responsabilizadas e questões escolares são vistas como problemas de saúde mental. (MARÇAL; SILVA, 2006; BELTRAME; BOARINI, 2013; SOUZA; BRAGA, 2014)

Portanto, a partir do que foi visto, destaca-se a necessidade de investigar como os CAPSi estão entendendo e atendendo as queixas escolares. Essa questão tem como cenário a política de saúde mental na infância e adolescência, que é recente; as políticas de saúde que pouco conhecem a realidade educacional brasileira; a medicalização da educação; e a presença hegemônica do modelo clínico tradicional no atendimento das queixas escolares. Assim, será possível contribuir com a compreensão e o atendimento dessa questão nos serviços de saúde mental infanto-juvenil.

5 METODOLOGIA

Nesta seção, será tratada a metodologia utilizada na pesquisa. Conforme anunciado anteriormente, o presente estudo tem por objetivo geral analisar de que maneira as queixas escolares são entendidas e atendidas em um CAPSi de Salvador-BA, considerando suas relações com o fracasso escolar e a medicalização da educação. Para a discussão, a seção está dividida da seguinte maneira: inicialmente, trata dos aspectos éticos envolvidos na realização desta pesquisa e da abordagem teórico-metodológica utilizada; em seguida, apresenta as/os participantes da pesquisa, os recursos metodológicos usados e conclui explanando de que maneira ocorreu o trabalho analítico.

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, seguindo os parâmetros de eticidade indicados na Resolução 466/2012 (segue o parecer do CEP no Anexo A).

Do ponto de vista técnico, depois de informar sobre a pesquisa e seus objetivos, a instituição foi convidada a participar. Após o aceite, foi assinado, pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), o Termo de Autorização para que a pesquisa pudesse ser realizada (o qual se encontra no Anexo B). No caso dos adultos participantes diretos da pesquisa (profissionais do CAPSi e familiares dos usuários), todos foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, e, após o aceite em participar, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo modelo segue no Apêndice A). No caso das crianças e adolescentes, os mesmos assinaram o Termo de Assentimento (cujo modelo segue no Apêndice B), depois dos pais ou responsáveis consentirem a participação deles na pesquisa e assinarem o TCLE.

Destaca-se que esse trabalho tem a preocupação ética de não rotular e estigmatizar seus participantes, bem como de produzir um conhecimento que não contribua para a medicalização do fracasso escolar. Souza (2010) sinaliza que histórica e hegemonicamente a psicologia tem legitimado e possibilitado discursos que medicalizam e psicologizam as dificuldades de escolarização e reforçam a exclusão escolar. Sob uma pretensa neutralidade e objetividade, essas pesquisas têm uma visão preconceituosa e distorcida das crianças e adolescentes das classes pobres da escola pública, produzindo uma série de explicações que rotulam e atribuem o fracasso escolar a si ou sua família.

Viégas, Harayama e Souza (2015) apontam que a afirmativa que ciências sociais e humanas não implicam riscos para o ser humano é uma ilusão. Em muitos casos, elas produziram conhecimento que visou a naturalizar as desigualdades sociais, atribuindo suas causas a diferenças individuais. Um grande exemplo desses casos pode ser visto no livro já citado anteriormente, do paleontólogo e biólogo evolucionista Stephen Jay Gould, intitulado *A falsa medida do homem* (GOULD, 2014).

Gould investigou a história da medição científica dos seres humanos, indo da craniometria criacionista darwiniana até os testes de inteligência. Ele encontrou que era recorrente o racismo científico, o determinismo biológico, dados especulativos e que em muitos casos eram alterados para atestar uma ideia preconcebida pautada em preconceitos sociais, com a finalidade de naturalizar as desigualdades sociais. Assim, em nome do bem da humanidade e de uma pretensa neutralidade científica, o que essas pesquisas fizeram foi reproduzir esses preconceitos e justificar políticas públicas de cunho excludente, como a eugenia. (GOULD, 2014)

Assim, a presente pesquisa considera que a ética vai além dos aspectos técnicos ligados à Plataforma Brasil e toda burocracia envolvida nesse processo. No dizer de Viégas, Harayama e Souza (2015, p.268),

Em tempos em que o debate sobre ética em pesquisa tende a ser capturado pela burocracia envolvida na Plataforma Brasil, sendo assunto remetido como aborrecimento por pesquisadores, retomamos elementos que atingem, em cheio, questões éticas nas pesquisas no campo educacional. Essa reflexão não termina com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a liberação do pesquisador para a coleta de dados, ou a entrega do relatório final. Ela é e deve ser constantemente trabalhada pelo pesquisador, considerando, sobretudo, que pesquisas servem de base para a elaboração e implantação de políticas públicas, impactando diretamente na prática de diversos profissionais.

Nessa virada de olhar, cumpre-nos problematizar a produção de pesquisas que têm contribuído para a justificação do fracasso escolar de forma individualizante. São pesquisas que, embora se suponham neutras e objetivas, e mesmo possuam aceite do CEP ao qual foram submetidas, possuem desenho metodológico, tanto no âmbito do trabalho de campo quanto da análise do material, que, ao contrário de contribuir para explicar os problemas educacionais que nos atingem historicamente, precisam, elas sim, ser explicadas criticamente, dado seu caráter ideológico.

Tais elementos reforçam a importância da constituição de mecanismos de análise social das pesquisas no âmbito das ciências humanas e sociais, visando, com isso, a superação de situações nas quais contribuem politicamente para a manutenção das desigualdades sociais, ao desconsiderar questões históricas complexas, analisando o fracasso escolar sob a aparência de reflexo justo de diferenças supostamente individuais.

Com isso, foi adotada uma série de estratégias que visam a um cuidado ético com as/os participantes da pesquisa, pensando sempre nos riscos que ela implica. Todos os nomes foram trocados de maneira que não possam ser identificados, preservando seu anonimato.

Especificamente, no que tange à observação participante, todas/os as/os profissionais foram designadas/os pela sua ocupação e as instituições que tiveram seus nomes citados ao longo da pesquisa também tiveram seus nomes preservados. O caderno usado para registrar os diários de campo era aberto para todas/os as/os participantes, que podiam ler o que continha nele sempre que quisessem.

Ainda sobre as observações participantes, destaca-se que a recepção do CAPSi foi muito boa. Como exemplo de situações de boa acolhida, cita-se aqui a circunstância em que uma das adolescentes atendidas no equipamento fez um desenho do pesquisador e colocou no mural junto com outras pessoas da equipe. Além disso, foi feita uma despedida para o autor desta dissertação, sugerida pelas/os profissionais.

Já em relação às entrevistas, os nomes também foram alterados para proteger a identidade das profissionais. As entrevistas ocorreram fora do CAPSi pesquisado, evitando alguma situação de constrangimento e para que pudessem falar de forma mais livre. Essa preocupação ética também esteve presente no trabalho analítico: as profissionais receberam a análise dos relatos ampliados, a transcrição e a análise das entrevistas (sendo que cada profissional entrevistada recebeu apenas sua respectiva entrevista), podendo alterar e excluir qualquer coisa que quisessem, bem como conversar sobre qualquer aspecto relacionado a ela.

Portanto, com esses cuidados visa-se evitar qualquer situação de risco que vá estigmatizar, rotular e constranger as/os participantes da pesquisa. Também tivemos um cuidado com a escrita final da dissertação, objetivando não culpabilizar e individualizar nenhuma/um profissional envolvida/o. Quanto às crianças e adolescentes que frequentam o CAPSi, bem como suas famílias, houve a atenção e precaução para não produzir um conhecimento que fosse no sentido de medicalizar o desenvolvimento humano e a educação. Com isso, tem-se em vista contribuir para a efetivação de políticas públicas de educação e saúde mental pautadas nos direitos sociais e em práticas não medicalizantes.

5.2 ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

A abordagem teórico-metodológica utilizada na pesquisa é qualitativa, e, nela, o estudo de caso de inspiração etnográfica. Escolhemos a metodologia qualitativa, pois esta, segundo Gonzaga (2006), traz a possibilidade de apreender significados sociais e subjetivos relacionados ao objeto de estudo. Ela propicia uma compreensão da relação do indivíduo com a cultura, colocando as pessoas como marco de referência. Dessa forma, a pesquisa qualitativa

estuda as pessoas no contexto social em que estão imersas e a relação com a situação em que vivem.

Lüdke e André (1986) apontam a importância dos estudos qualitativos para investigar os fenômenos educacionais. As autoras também afirmam que as pesquisas qualitativas em educação devem pensar o ensino e a aprendizagem dentro de um contexto cultural amplo, de forma que “não devem se restringir ao que se passa no âmbito da escola, mas sim relacionar o que é aprendido dentro e fora da escola” (p.14). Com isso, nessa maneira de fazer pesquisa, o processo é mais importante que o produto e a preocupação centra-se em retratar a perspectiva dos participantes sobre determinado fenômeno, que, no caso deste trabalho, são as queixas escolares encaminhadas ao CAPSi.

Minayo (2014) sinaliza que os métodos qualitativos se aplicam ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, considerando-as como produtos das interpretações que os humanos fazem da sua maneira de viver, dos seus artefatos culturais, como se sentem e pensam. A ótica das histórias sociais é abordada do ponto de vista dos atores sociais, de maneira que Minayo (2014, p.57) afirma:

Este tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo.

Em relação ao método de inspiração etnográfica, sua escolha se deu por buscar compreender os significados atribuídos pelos indivíduos ao seu contexto e sua cultura no seu fazer do dia a dia. Assim, ele se utiliza de técnicas para descrição densa de um contexto ou fenômeno social, sendo que os resultados da pesquisa são interpretados tendo como referência os seus participantes, suas interações e grupos ou cenários sociais. Para Macedo (2000, p.147):

Os fatores não-oficiais assumem grande importância, ao contrário das pesquisas que valorizam os dados substantivos. Neste sentido, para obter dados que caracterizam a complexidade dos grupos, organizações e instituições em educação, por exemplo, as informações não-oficiais terão grande importância. Elas facilitam o entendimento real dos procedimentos burocráticos quase sempre reificados, bem como questões como a posição do observador em relação aos atores a serem estudados; os meios de acesso e como ele afetará suas relações com os sujeitos; como se realizou o contato inicial. Estas são situações cruciais para o entendimento das conclusões do estudo.

Rockwell (1988) define a etnografia como processo de documentar o que não está documentado. A base deste processo acontece através do trabalho de campo e, subsequentemente, da elaboração dos diários de campo e dos relatos ampliados. Assim, a

etnografia consiste em observar o cotidiano e conversar com os seus participantes acerca dos processos e do fenômeno pesquisado.

No estudo de caso, o interesse incide naquilo que existe de particular e único dentro de um sistema mais amplo. Lüdke e André (1986) entendem que quando “queremos estudar algo singular, que tem um valor em si mesmo, devemos escolher o estudo de caso” (p.17). Por isso, esse trabalho utiliza o estudo de caso de inspiração etnográfica para compreender como as queixas escolares são entendidas e atendidas em um CAPSi.

O método de pesquisa escolhido se mostra apropriado para a investigação do objeto que esta pesquisa propõe, pois permite lançar um novo olhar sobre a temática, já que a grande maioria das pesquisas realizadas sobre queixas e demandas escolares no CAPSi é quantitativa e focada na análise de prontuários. (BORDINI et al, 2012; BELTRAME; BOARINI, 2013; MEDEIROS; BRAGA; JESUS, 2013).

A seguir, apresentamos os participantes da pesquisa, bem como os procedimentos do trabalho de campo e da análise de dados.

5.3 PARTICIPANTES

Esta pesquisa foi realizada em um CAPSi na cidade do Salvador-BA. Segundo o site da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB)¹⁶, existem atualmente dois CAPSi em Salvador, localizados nos bairros do Rio Vermelho e IAPI.

A escolha do CAPSi pesquisado deu-se por haver uma aproximação prévia de parte da equipe com o pesquisador. Isso porque foi feito de um convite ao Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, coletivo do qual o autor desta dissertação faz parte, para falar sobre a medicalização da vida na semana da luta antimanicomial no mês de maio do ano de 2015. O acompanhamento ocorreu na condição de ouvinte, quando uma integrante do Fórum esteve no CAPSi para participar da atividade, e foi aproveitado o momento para conversar com a gerente da instituição sobre a intenção em realizar uma pesquisa no equipamento. Ela acenou positivamente e afirmou que precisava de autorização da Secretária Municipal de Saúde de Salvador (SMS) para poder entrar na instituição.

No mês de junho daquele mesmo ano, foi enviado um projeto para a Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da SMS para obter a carta de autorização para realizar a pesquisa, atendendo aos preceitos da Resolução 466/2012. A partir da aprovação da

¹⁶ Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Saude_Mental/Lista_CAPS_Estado_BA.pdf>. Acesso em: 25 set. 2016.

proposta de pesquisa pela SMS, o projeto foi submetido à apreciação do comitê de ética, obtendo sua autorização para a realização da pesquisa.

Em posse da autorização, a gerente do CAPSi indicou uma das psicólogas que seria responsável por acompanhar a realização da pesquisa. Após o primeiro encontro, foi acertado o acompanhamento dos acolhimentos e atendimentos, bem como as visitas às escolas e a realização da pesquisa documental com os prontuários. Posteriormente, foi sugerido ficar também no grupo de adolescentes. Já nesse encontro, a psicóloga afirmou que, por haver apenas dois CAPSi na cidade, a instituição “recebe encaminhamentos de Salvador inteira”. Dessa forma, compreende-se que o local de pesquisa é altamente relevante no que se refere ao encaminhamento de queixas escolares aos CAPSi.

A partir do contato no dia a dia com a instituição, foram escolhidas três profissionais que se relacionam diretamente com o atendimento às queixas escolares para a realização de entrevistas: elas receberam os nomes fictícios de Alice, Ana e Jaqueline.

5.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A partir do contato inicial descrito anteriormente, iniciou-se a ida ao CAPSi semanalmente, no período de outubro de 2015 até abril de 2016, a fim de construir uma compreensão da vida institucional e estabelecer uma relação de confiança com as/os profissionais, familiares e usuárias/os. Para tanto, foram realizados os seguintes procedimentos: Análise Documental, Observação Participante e Entrevistas Semidirigidas com profissionais do equipamento.

Para responder ao objetivo específico de “Traçar um perfil dos usuários atendidos em um CAPSi, com destaque para aqueles que possuem queixa escolar” foi feito um **levantamento dos prontuários** do CAPSi no período de novembro 2015 a janeiro de 2016. Segundo Viégas (2007), os prontuários de alunos têm sido um importante recurso para as pesquisas etnográficas, permitindo revelar o percurso individual documentado, em sua singularidade, em aproximação com as situações concretas do processo de escolarização e a composição do perfil global pesquisado. No caso de um equipamento de saúde, o prontuário permite conhecer a trajetória do encaminhamento e atendimento dos usuários, possibilitando a compreensão de aspectos relativos à escolarização e da interface entre as áreas de saúde e educação. Assim, foi possível conhecer o perfil dos alunos encaminhados e atendidos no CAPSi devido a queixas escolares, levando em conta a trajetória individual documentada nos prontuários.

Tal levantamento focalizou apenas os prontuários daqueles que, efetivamente, passaram a ser atendidos na instituição, deixando, portanto, de fora os casos que, após o acolhimento, foram finalizados ou encaminhados a outras instituições.

Os dados dos prontuários foram levantados a partir dos seguintes critérios: idade, sexo, escolaridade, quando encaminhado ao CAPSi, ano de admissão no CAPSi, quem realizou o encaminhamento para o CAPSi, as queixas que resultaram no encaminhamento ao CAPSi, diagnóstico psiquiátrico atual e se recebe algum benefício do governo. A análise desse material serviu para levantar a natureza das queixas e encaminhamentos, identificando a sua proporção em relação aos atendimentos da instituição.

A fim de atender aos objetivos específicos de “Compreender qual a perspectiva de profissionais sobre a queixa escolar encaminhada para o CAPSi”; e “Analisar como a queixa escolar é acolhida e atendida em um CAPSi”, a pesquisa adotou como procedimentos metodológicos a **observação participante** e a **entrevista semidirigida**.

Na observação participante, a população pesquisada envolve-se com a pesquisa, formando um *corpus* com o pesquisador na investigação de um dado fenômeno. Com isso, o conhecimento é gerado na prática participativa e na interação que ela propicia, constituindo-se em um processo mutuamente educativo pela pesquisa, no qual “o saber do senso comum e o saber científico se articulam na busca da pertinência científica e da relevância social do conhecimento produzido” (MACEDO, 2010, p.97).

Viégas (2007) assinala que a observação participante é um importante instrumento de pesquisa no contexto e em fenômenos relacionados à educação, propiciando ao pesquisador um contato pessoal e estreito com a situação pesquisada. Minayo (2014) considera a observação participante como um aspecto essencial da pesquisa qualitativa, possibilitando ao pesquisador compreender a realidade sobre um dado fenômeno, constituindo-se como um importante recurso de pesquisa na área de saúde. Assim, ela fornece meios para compreender como as queixas escolares têm sido acolhidas e tratadas no CAPSi pesquisado, através de suas práticas da vida institucional e dos significados e sentidos que elas expressam.

A observação participante realizada nesta pesquisa ocorreu no período entre dezembro de 2015 e abril de 2016, abrangendo as seguintes situações: acolhimento, atendimento, visitas às escolas, grupo de adolescentes, reunião de equipe e outras situações.

Cada observação foi registrada em um diário de campo e, posteriormente, no prazo máximo de 48 horas após elas ocorrerem, foram feitos relatos ampliados (ROCKWELL, 1988). A partir delas, foram produzidos 22 relatos ampliados, distribuídos nas seguintes situações: quatro acolhimentos, dois atendimentos, 11 participações no grupo de adolescentes,

duas visitas à escola, uma reunião de equipe e outras situações que envolveram uma conversa com uma mãe de uma criança atendida na instituição, reunião com o Ministério Público e uma conversa com uma das profissionais em um dia em que estava fazendo o levantamento dos prontuários. Para fins de ilustração de como os relatos foram feitos, segue um exemplo no Apêndice C.

Em relação às **entrevistas semidirigidas**, elas foram realizadas com três profissionais do CAPSi que têm atendido de forma mais direta as queixas escolares na instituição. A escolha das entrevistadas aconteceu através do contato direto no período em que o pesquisador esteve na instituição.

As entrevistas partiram do pressuposto que “não há imposição de perguntas; ao contrário, nela o entrevistado é convidado a discorrer sobre determinado tema a partir de suas próprias informações e interesses” (VIÉGAS, 2002, p.72), possibilitando uma compreensão da maneira como as queixas escolares são compreendidas neste CAPSi e como ele se relaciona com a escola e outras instituições educativas.

Minayo (2014) sinaliza que as informações surgidas na entrevista tratam “da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia” (p.262). Ela ainda acrescenta que esse tipo de informação é o que os cientistas sociais chamam de subjetiva e só pode ser acessada com a contribuição da pessoa. Para Minayo (p.262), a entrevista constitui:

Uma representação da realidade: ideias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos.

As entrevistas foram realizadas fora do local de trabalho das entrevistadas. Elas foram gravadas e transcritas, sendo que o tempo total de gravação foi de 104 minutos. A transcrição das entrevistas foi devolvida para as entrevistadas e elas puderam alterar e acrescentar o que quisessem. O roteiro de entrevistas pode ser visualizado no Apêndice D.

Os procedimentos metodológicos mostraram-se pertinentes e coerentes com a abordagem teórico-metodológica escolhida. A partir de uma compreensão de pesquisa que leve em conta a perspectiva dos atores sociais envolvidos no atendimento e entendimento das queixas escolares no CAPSi pesquisado, pretende-se ter uma compreensão desse fenômeno que contribua de forma significativa para os estudos e práticas na área.

5.5 TRABALHO ANALÍTICO

Em relação aos dados obtidos nos prontuários, foi feita uma análise qualitativa e quantitativa de forma a “Traçar um perfil dos usuários atendidos em um CAPSi, com destaque para aqueles que possuem queixa escolar”. No que tange ao material obtido nos relatos ampliados e na entrevistas semidirigidas, foi feita uma análise qualitativa de acordo com os preceitos da etnografia (MACEDO, 2000; VIÉGAS, 2007b) e a “estratégia de retardamento da categorização”, presente em Michell Thiollent (1980).

Para a articulação da análise dos diferentes procedimentos de campo, levou-se em consideração o que Minayo (2014) chama de triangulação, propondo uma abordagem transdisciplinar que supera a dicotomia de pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa. A partir de uma perspectiva qualitativa, a análise do material centrou-se no fazer do dia a dia do CAPSi em relação às queixas escolares, buscando compreender como elas são entendidas e atendidas no equipamento.

Como estratégia para tal análise, adotou-se o “retardamento da categorização” visando a evitar a imposição da problemática e a categorização antecipada do material obtido. Esse retardamento é alcançado através da “não-diretividade, atenção flutuante do pesquisador e a impregnação do analista que interpreta o discurso”. (THIOLLENT, 1980, p.96)

Esses elementos pretendem prevenir o efeito de rotulagem do pesquisado por parte do pesquisador. Através da impregnação do material obtido nos relatos ampliados e nas entrevistas, sendo lidas e relidas várias vezes, as categorias de análise foram construídas de acordo com a teoria e o que está expresso nas entrevistas e observações. A impregnação permitiu capturar os sentidos e significados implícitos e explícitos no fazer e no discurso dos participantes da pesquisa, buscando a compreensão dos atores sociais do CAPSi envolvidos com a queixa escolar. (THIOLLENT, 1980)

Essas estratégias se afinam com os preceitos da pesquisa qualitativa realizada a partir da etnografia. Eles consideram que o trabalho analítico é um processo contínuo que se desenvolve no decorrer da pesquisa, ocorrendo de maneira mais intensa ao término da fase de campo. Assim, de acordo com Viégas (2007, p.118):

Apesar de o trabalho analítico estar presente em toda a pesquisa (nas inúmeras decisões que o pesquisador deve enfrentar), é depois de terminada a fase de campo que tal processo passa ocorrer mais intensamente. Aspectos levantados inicialmente são aprofundados, novas relações estabelecidas. Retomam-se as perguntas que movimentam a pesquisa, ao mesmo tempo em que se abre para novas questões com base no material reunido.

Rockwell (1988) define que o processo de análise etnográfica se inicia “en la proximidad de la interacción de campo y con lo aparente distancia frente a los modelos o conceptos teóricos com los que contamos aunque estos siempre están allí, em juego”¹⁷ (p.20). A partir da leitura e das releituras dos diários de campo, foi feito o trabalho conceitual, relacionando-o sempre com os objetivos e o problema da pesquisa. É no encontro entre a teoria e o material obtido no campo que se centra processo de análise do material etnográfico.

Assim, as categorias de análise foram construídas de acordo com a própria pesquisa, baseando-se nos aspectos recorrentes, nas contradições e ausências. Foram considerados os sentidos manifestos e latentes que se referem ao contexto psicológico, político e cultural expressos no CAPSi pesquisado. Com isso, pretendeu-se compreender os significados sociais e subjetivos que estão subjacentes às queixas escolares que chegam ao CAPSi, bem como a compreensão dos atores sociais envolvidos com a queixa escolar. (VIÉGAS, 2007)

Destarte, o trabalho analítico proposto buscou retratar a realidade pesquisada de forma profunda, relatando as múltiplas dimensões presentes em determinada situação ou problema, de forma que as experiências vivenciadas e relatadas pelo pesquisador durante a pesquisa permitam ao leitor fazer o que Stake (1983, apud LÜDKE; ANDRÉ, 1986) chama de generalizações naturalísticas. As generalizações naturalísticas mudam o foco da pergunta do leitor de “este caso é representativo de quê?” para “o que eu posso (ou não) aplicar deste caso na minha situação?” e, ocorre “em função do conhecimento experiencial do sujeito, no momento em que este tenta associar os dados encontrados no estudo com dados que são frutos de suas experiências pessoais” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p.19).

Através do material obtido com o trabalho analítico proposto, pretende-se atender ao objetivo geral da pesquisa: “analisar de que maneira as queixas escolares são entendidas e atendidas em um CAPSi de Salvador-BA, considerando suas relações com o fracasso escolar e a medicalização da educação”. Com isso, será possível compreender as interpretações e os sentidos envolvidos neste fenômeno no CAPSi pesquisado.

Espera-se, com esta pesquisa, contribuir para a melhoria da qualidade das políticas públicas de saúde mental infantil que se relacionam com o atendimento das demandas escolares, visando a garantir o acesso à escolarização de qualidade para todas as crianças e adolescentes.

¹⁷ “Na proximidade da interação de campo e com a aparente distância frente aos modelos ou conceitos teóricos com que contamos ainda que estes sempre estejam ali, em jogo” (Tradução nossa).

6 ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS

Tendo em vista responder ao objetivo geral de “Analisar de que maneira as queixas escolares são entendidas e atendidas em um CAPSi de Salvador-BA, considerando suas relações com o fracasso escolar e a medicalização da educação” e ao objetivo específico de “Traçar um perfil dos usuários atendidos em um CAPSi, com destaque para aqueles que possuem queixa escolar”, foi feito um levantamento dos prontuários dos usuários atendidos no CAPSi pesquisado, no período entre novembro de 2015 e janeiro de 2016. As informações obtidas nesta análise foram colhidas em dois documentos presentes no prontuário: a ficha de acolhimento e o Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS). Enquanto que na Ficha de acolhimento foram levantadas informações da chegada do usuário ao CAPSi (a exemplo da queixa, quem encaminhou, se recebe benefício etc.), na RAAS foi identificado o diagnóstico psiquiátrico mais atual.

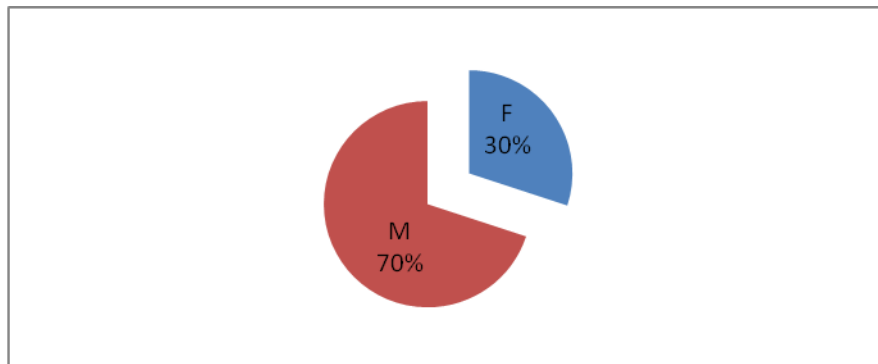
O RAAS foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 276, de 30 de março de 2012, e tem o objetivo de monitorar as ações e as necessidades dos serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde. Ressalta-se que a criança ou adolescente precisa ter um diagnóstico psiquiátrico para ser matriculada no CAPSi. Esse documento pode ser visualizado no Anexo C.

Já a ficha de acolhimento é preenchida assim que a criança ou adolescente é acolhida no CAPSi. Nela, estão presentes informações básicas como nome, sexo, idade, escolaridade etc., bem como a queixa e quem encaminhou ao equipamento. Vale ressaltar a existência de dois tipos de ficha de acolhimento. Os mais novos, do ano de 2015, não continham os campos benefício, escolaridade e queixa. Essas informações foram levantadas no espaço reservado para realizar uma síntese do acolhimento (espaço onde são registrados: o motivo do acolhimento, se faz uso de substâncias psicoativas, histórico de doenças, interação familiar e social, medicações em uso, aspectos do desenvolvimento infantil). Em muitos casos, mesmo no modelo mais antigo de prontuário, os motivos do encaminhamento e a queixa escolar apareceram na anamnese e no histórico familiar. O modelo de ficha de acolhimento mais antigo, anterior a 2015, pode ser visualizado no Anexo D; já o modelo mais atual, de 2015, pode ser visualizado no Anexo E.

6.1 PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO CAPSi

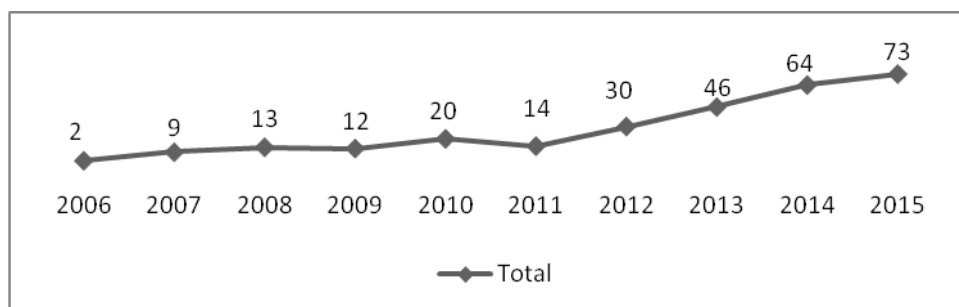
Foram levantados 238 prontuários, de maneira que dos/as usuários/as atendidos no CAPSi, identificou-se que 70% (198) eram do sexo masculino e 30% (85) eram do feminino, como pode ser visto no gráfico a seguir.

Gráfico 2 – Sexo dos usuários atendidos no CAPSi



A média de idade atual deles/as foi de 12,22 anos, já a média de idade quando foram encaminhados/as foi de 9,85 anos e o tempo em que estavam sendo atendidos, em média, foi de 2,3 anos. Em relação ao ano em que foram admitidos no equipamento, os dados apontam um crescimento do número de casos encaminhados, como pode ser visto no gráfico abaixo:

Gráfico 3 – Ano de admissão dos pacientes atendidos no CAPSi



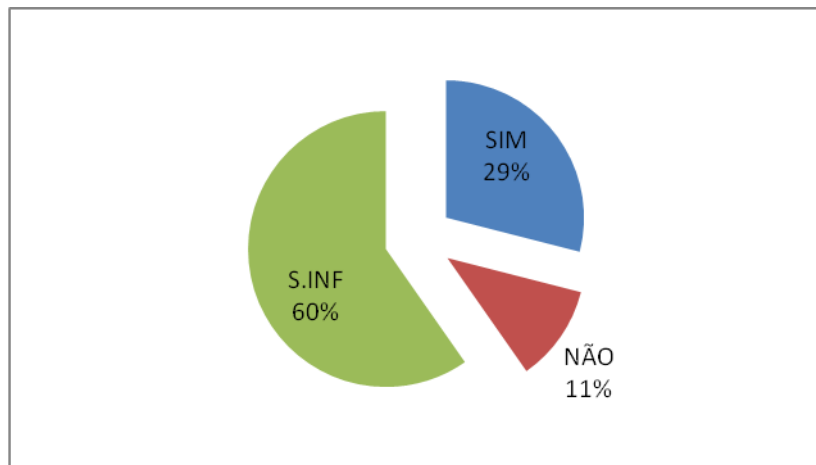
Esses dados indicam o crescimento do número de encaminhamentos nos últimos anos. Questionada sobre esse aumento, a profissional do CAPSi, Jaqueline, relatou algumas possibilidades para a ocorrência desse fato:

Acredito que para essa pergunta não exista uma única resposta. Vou relatar algumas possibilidades: - Acesso à informação e divulgação dos transtornos mentais, em especial autismo e hiperatividade. Como consequência dessa divulgação ocorre a busca pela medicação; - Aumento da violência e a influência disso na escola e na vida familiar; - Não tenho dados nem informações substanciais sobre o que vou afirmar, mas acredito que houve uma falta de investimento governamental no ensino

fundamental. Se privilegiou o acesso a universidade e se deixou de lado a escola. Isso percebo na nota baixa recebida na ocasião da avaliação do ensino fundamental, na estrutura física das edificações onde as escolas funcionam, nas salas de aula quentes, escolas sem o material necessário, sem área livre para os alunos, algumas totalmente gradeadas, professores sem apoio e sujeitos a péssimas condições de trabalho etc.

No que tange a receberem benefícios, a grande maioria dos prontuários não constava essa informação. O gráfico abaixo expressa esses números:

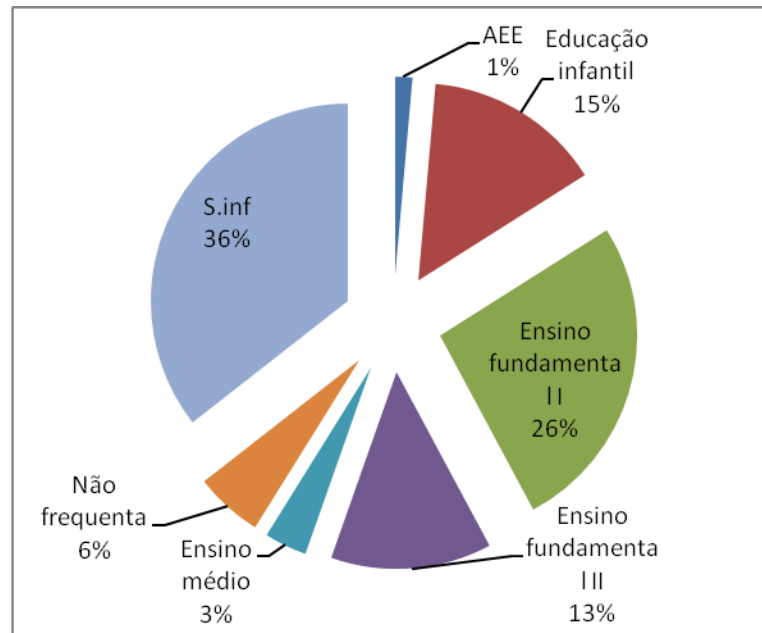
Gráfico 4 – Usuários que recebem benefícios



Esses dados podem ser explicados pela inexistência do campo benefício no modelo mais novo de prontuário. Entretanto, o número de usuários que recebem benefício (82) é significativo, 29% da população pesquisada. Se excluirmos os prontuários sem informação, eles representariam aproximadamente 72%, enquanto os que não recebem benefício seriam 28%, apontando que a condição socioeconômica deles/as é de extrema pobreza. Ainda sobre aquelas/es que recebem benefício, o Bolsa Família teve um número significativo com 76% seguido pelo INSS com 11%, o BPC com 7% e o LOAS com 4%.

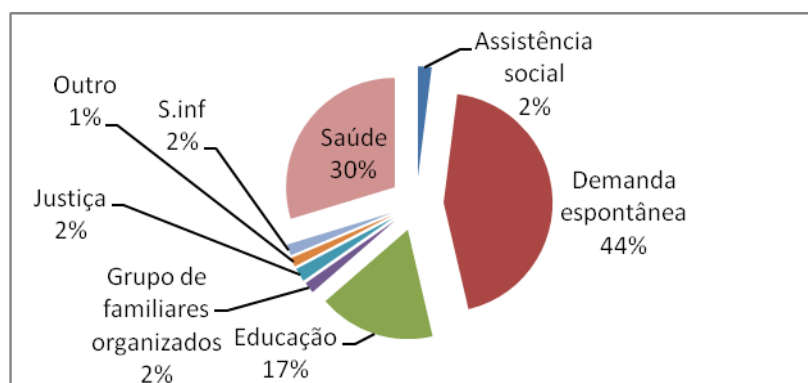
No que tange à escolaridade, os dados revelam que a grande maioria dos usuários encaminhados está no Ensino Fundamental I e na Educação Infantil. Juntamente com a média de idade, eles apontam para uma população que está na infância e no período escolar de apropriação da leitura e escrita. Chama atenção também que 6% das crianças ou adolescentes atendidas não frequentarem a escola, indicando a dificuldade no processo de inclusão escolar de pessoas que possuem diagnóstico de transtorno mental. A escolaridade pode ser visualizada nos gráficos a seguir.

Gráfico 5 – Escolaridade quando encaminhados ao CAPSi por segmento de ensino



Outro aspecto analisado foi a origem dos encaminhamentos. Os dados revelaram que a maioria acontece através de demanda espontânea com 44%, seguido pela saúde com 30% e a educação com 17%. A categoria “demanda espontânea” é utilizada quando não existe uma instituição ou profissional que encaminhou diretamente a criança ou adolescente, ou quando a família relata que a demanda veio dela. Estão incluídos nessas situações, por exemplo, casos em que a escola se queixava da/o aluna/o e os pais levaram para verificar “se tem algo errado”. Pode-se visualizar os resultados no gráfico abaixo:

Gráfico 6 – Origem dos encaminhamentos



Chama atenção que a área de educação é responsável por 17% dos encaminhamentos diretos. Esse dado aponta para a presença de queixas escolares sendo atendidas nesse serviço.

Em relação ao diagnóstico psiquiátrico atual, os resultados podem ser visualizados na tabela abaixo:

Tabela 2 – Diagnóstico psiquiátrico atual

Diagnóstico	Número	Porcentagem
Sem informação	121	37,6%
Retardo mental	61	19%
Transtorno do espectro autista	46	14,3%
Transtornos de humor	17	5,2%
Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	17	5,2%
Transtornos de conduta	14	4,3%
TDAH	13	4%
Transtornos mentais não especificados	8	2,4%
Transtornos de ansiedade	7	2,1%
Epilepsia	7	2,1%
Transtornos mentais leves	5	1,5%
Transtornos de personalidade	3	0,9%
Transtorno não específico do desenvolvimento das habilidades escolares	1	0,3%
Transtornos alimentares	1	0,3%

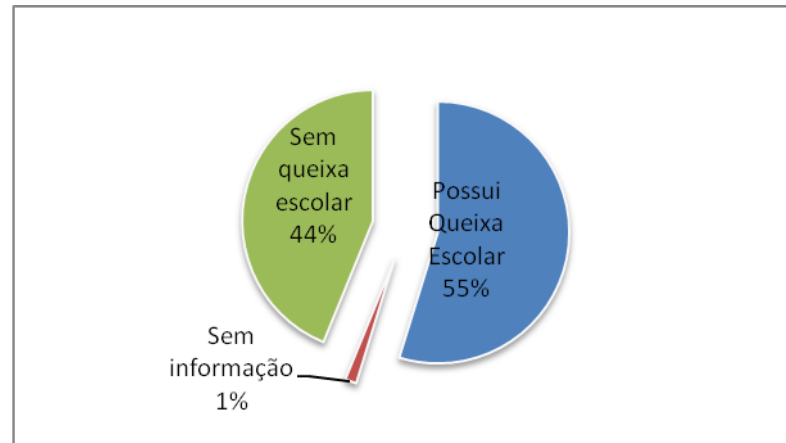
Os dados apontam uma presença considerável dos diagnósticos de Retardo Mental e do Transtorno do Espectro Autista entre as/os usuárias/os atendidas/os no serviço . Destaca-se que, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), o Retardo Mental não se encontra nas atribuições do CAPSi. Vale ressaltar também que a maior parte das RAAS não continha essas informações. Essa ausência de informações pode indicar tanto um processo de resistência quanto de displicência. Na análise dos relatos ampliados e nas entrevistas, as profissionais expressaram o desconforto com a burocracia da exigência de um diagnóstico na RAAS, mesmo que não concordem com tal prática. Questionada sobre esse ponto, a profissional do CAPSi Jaqueline respondeu da seguinte maneira:

Suponho que o não preenchimento desse campo diga respeito ao fato de a criança e adolescente serem seres em desenvolvimento. Nessa etapa da vida, muitas vezes, não se fecha diagnóstico, pois pode haver mudanças no quadro. É comum encontrarmos no prontuário o diagnóstico interrogado.

Por fim, foram analisados motivos dos encaminhamentos para identificar a presença da queixa escolar nesse serviço. Foi considerada queixa escolar quando a escola encaminhou ou quando os motivos dos encaminhamentos faziam referência às demandas escolares ou comportamentos que estão relacionados à escola, a exemplo de “agressivo em todos os ambientes”, baseado no trabalho de Souza (2002). Esse tipo de procedimento tem como objetivo evitar a invisibilização que ocorre em diversas situações com a queixa escolar nos

serviços de saúde, sendo desconsiderada ou colocada em segundo plano. É importante ressaltar que, segundo o ECA (1990), toda criança e adolescente tem que estar matriculada na escola¹⁸ e, por isso, as queixas escolares estão necessariamente presentes em um tipo de serviço como um CAPSi, mesmo que indiretamente. Assim, tomando-se como referência o que foi dito anteriormente, seguem os resultados no gráfico abaixo:

Gráfico 7 – Usuários em que a queixa escolar estava presente



Os dados revelam que, dos 283 encaminhamentos, a maioria tinha menções à escola ou situações envolvendo o processo de escolarização, indicando um alto número de queixas escolares. Esse dado entra em consonância com outras pesquisas semelhantes que encontraram um grande número de queixas escolares e encaminhamentos aos CAPSi (BORDINI et al, 2012; BELTRAME; BOARINI, 2013; MEDEIROS; BRAGA; JESUS, 2013; SOUZA; BRAGA, 2014).

A partir dessa análise, identificou-se que os usuários atendidos no CAPSi pesquisado são em sua maioria meninos, com idade próxima de 10 anos, que estudam no ensino Fundamental I e com uma condição socioeconômica de pobreza ou de extrema pobreza. Eles/as têm chegado ao CAPSi através de demanda espontânea, em sua maior parte, ou encaminhados de instituições saúde, sendo que a maior prevalência dos transtornos psiquiátricos tem sido o transtorno do espectro autista, o retardo mental e os transtornos de humor. Verificou-se também que o tempo que as crianças e adolescentes estavam sendo atendidas no CAPSi é de 2,3 anos, bem como o número de encaminhamentos pode estar aumentando nos últimos anos.

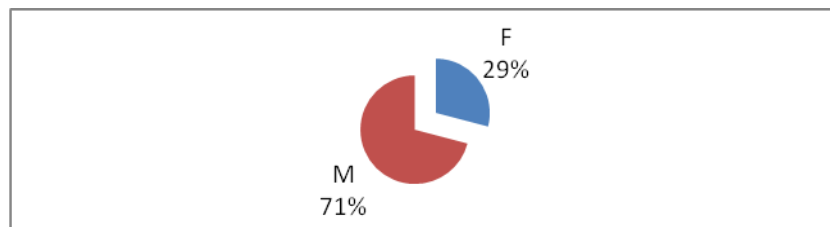
¹⁸ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 24 nov. 2016.

6.2 PERFIL DOS USUÁRIOS COM QUEIXAS ESCOLARES

Como foram mostrados, dos 283 prontuários pesquisados, em 156 a queixa escolar estava presente, o que equivale a 55% da população pesquisada. Identificou-se também um recorte de gênero: dos usuários que contêm a queixa escolar, 71% são do sexo masculino e 29%, feminino. Esses números coadunam com trabalhos realizados sobre queixas escolares recebidas em serviços de psicologia e de saúde. (SOUZA; BRAGA, 2014)

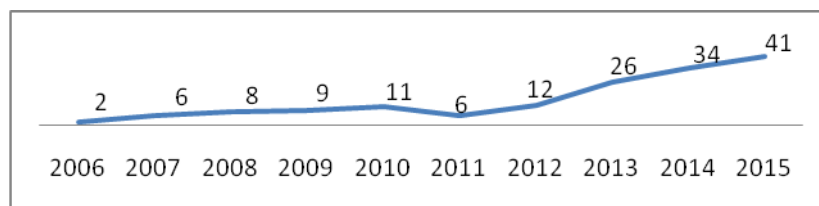
Esses dados podem ser melhor visualizados no gráfico abaixo:

Gráfico 8 – Gênero dos usuários que possuem queixas escolares



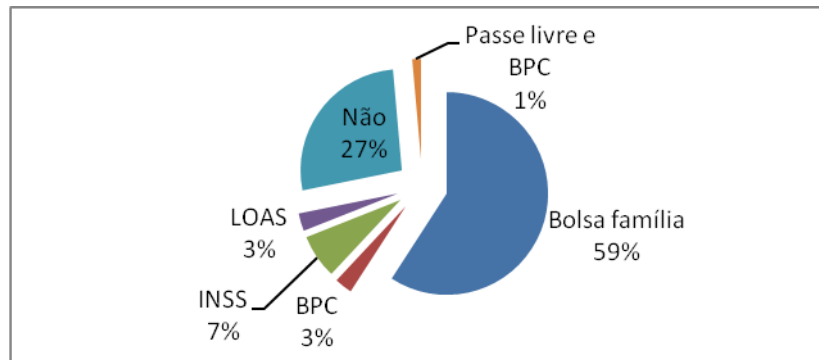
A média de idade da população com queixa escolar quando encaminhada é de 9,61 anos e a média de idade atual é de 12 anos. Em média, eles/as estão no CAPSi há 2,4 anos, sendo que os encaminhamentos têm crescido exponencialmente nos últimos cinco anos, quando verifica-se o ano de admissão no CAPSi. Os dados do ano de admissão podem ser vistos no gráfico abaixo:

Gráfico 9 – Ano de admissão no CAPSi dos usuários que possuem queixa escolar



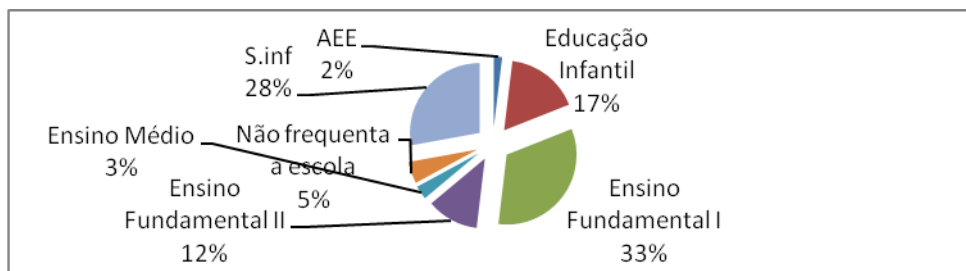
Em relação a se recebem algum benefício, a maioria dos prontuários (54%) não tinha essa informação. Se considerarmos os prontuários que tinham essa informação, verifica-se que a maioria dos usuários atendidos no CAPSi com queixa escolar recebe algum benefício, destacadamente o Bolsa Família, indicando uma condição socioeconômica de extrema pobreza. Os dados podem ser visualizados a seguir.

Gráfico 10 – Usuários atendidos com queixa escolar que recebem benefícios



No que tange aos dados relativos à escolaridade quando foram encaminhados, a maior parte se encontrava no Ensino Fundamental I. Logo em seguida vieram os prontuários que não continham essa informação, seguido da Educação Infantil. Seguem os resultados no gráfico abaixo:

Gráfico 11 – Escolaridade dos/as usuários/as encaminhados com queixa escolar



Verifica-se que a maioria das crianças encaminhadas concentra-se no Ensino Fundamental I e na Educação Infantil. Nesse período, elas estão nos primeiros anos de apropriação da leitura e escrita, indicando que questões de escolarização, relativas ao letramento, podem estar sendo consideradas transtornos que devem ser encaminhados aos serviços de saúde. Souza e Braga (2014) comentam que muitos dos encaminhamentos da escola para serviços de saúde estão relacionados a padrões estabelecidos pela escola sobre o desenvolvimento humano e a aprendizagem, de maneira que qualquer coisa que fuja desse padrão é visto como transtorno, e assinalam que (p.47):

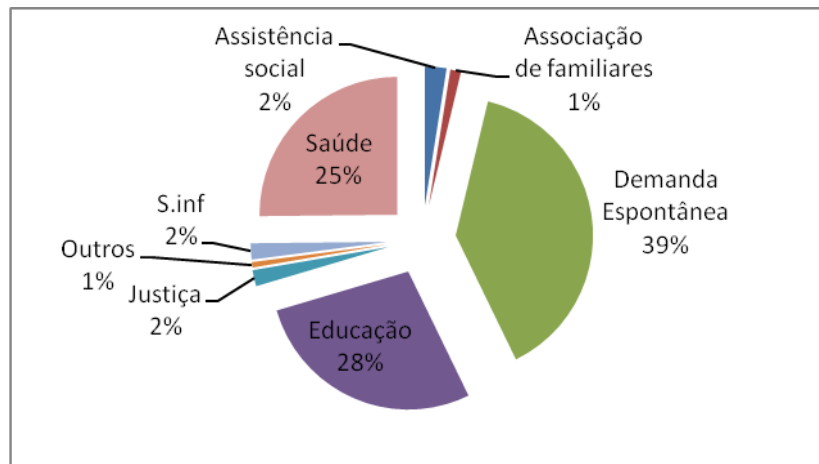
Exatamente no momento em que se inicia a escolarização para muitas das crianças das escolas públicas, não se dá o tempo necessário para que esse processo de inserção na escola ocorra. Imediatamente, crianças são identificadas com supostos transtornos, distúrbios, deficiências e são encaminhadas aos Serviços de Psicologia ou ao atendimento em Saúde. Importante ressaltar que os motivos do encaminhamento centrados em dificuldade de aprendizagem ou de comportamento são aqueles pelos quais as crianças se inserem na escola: vão para aprender e socializar-se. Ou seja, caberia à escola ensiná-los. Mas, de alguma forma, ainda se

encontra muito fortemente uma determinada cultura escolar que espera que este aluno venha com habilidades e competências já estabelecidas, como um a priori educacional, sem o qual passam a ser encaminhados para atendimento psicológico.

Ressalta-se novamente que 5% das crianças ou adolescentes não estão frequentando a escola. Os dados indicam novamente dificuldades no processo de inclusão na escola de crianças ou adolescentes que frequentam o CAPSi.

No que tange a origem dos encaminhamentos dos usuários com queixa escolar, a demanda espontânea aparece novamente como predominante, com 39%. Adverte-se que o encaminhamento por demanda espontânea não exclui a escola, em muitos desses casos ela participa indiretamente desse processo orientando os pais a “procurarem um especialista ou ajuda profissional” para dar conta de seus filhos. A área da educação aparece em seguida com quase 30%, um pouco à frente da saúde com 25%. Nota-se uma diferença em comparação com o perfil geral, com a área de educação responsável por mais encaminhamentos que a saúde. Os dados encontram-se disponíveis no gráfico abaixo:

Gráfico 12– Origem dos encaminhamentos dos usuários que possuem queixa escolar



Outro dado importante envolve os diagnósticos psiquiátricos atuais desses/as usuários/as, os quais podem ser visualizados na tabela abaixo:

Tabela 3 – Diagnóstico psiquiátrico atual dos usuários com queixa escolar

Diagnóstico	Número	Porcentagem
Sem informação	65	38,6%
Retardo mental	31	18,4%
Transtorno do espectro autista	20	11,9%
TDAH	11	6,5%
Transtornos de conduta	10	5,9%

Transtornos de humor	9	5,3%
Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	5	2,9%
Transtornos de ansiedade	4	2,3%
Transtornos mentais leves	4	2,3%
Epilepsia	3	1,7%
Transtornos de personalidade	2	1,1%
Transtornos mentais não especificados	2	1,1%
Transtorno específico do desenvolvimento das habilidades escolares	1	0,5%
Transtornos alimentares	1	0,5%

Em comparação com o perfil geral, verifica-se que as crianças diagnosticadas com TDAH têm queixa escolar, corroborando a crítica de que esse suposto transtorno seria a medicalização da dificuldade nos processos de escolarização (OLIVEIRA; SOUZA, 2014). Além disso, o retardo mental aparece de novo em segundo lugar nos diagnósticos mais frequentes, atrás apenas do sem informação, que também ficou em primeiro no geral. Destaca-se que o retardo mental, em muitos casos, tem servido para medicalizar o fracasso escolar, atribuindo esse diagnóstico para crianças e adolescentes que não têm a aprendizagem esperada (KALMUS, 2000). Esses diagnósticos sustentam uma visão reducionista e biologicista do desenvolvimento e da aprendizagem, produzindo rótulos e estigmas no chão da escola.

Portanto, a partir dos dados, indica-se o seguinte perfil das/os usuárias/os atendidas/os com queixa escolar: são majoritariamente do sexo masculino e com média de idade de 12 anos; a média de idade quando encaminhados era de 9,61 anos e se encontravam, em sua maioria, na Educação Infantil e no Ensino Fundamental I; a origem dos encaminhamentos se concentrou por demanda espontânea e das áreas de educação e saúde. Destaca-se também a presença dos diagnósticos de TDAH e Retardo mental.

6.3 ANÁLISE DAS QUEIXAS ESCOLARES

Através das fichas de acolhimento que devem ser preenchidas pelas profissionais do CAPSi logo quando a criança e adolescente é matriculada/o no equipamento, foi feita uma análise das queixas escolares presentes nos prontuários. Essa análise aconteceu respeitando os modelos de ficha de acolhimento descritos anteriormente. No caso do modelo mais recente, foram considerados os registros feitos no espaço relativo à Síntese de Acolhimento; no caso

do modelo mais antigo, os dados relativos ao Motivo da consulta (Queixa principal e história da doença), à Anamnese e História Familiar.

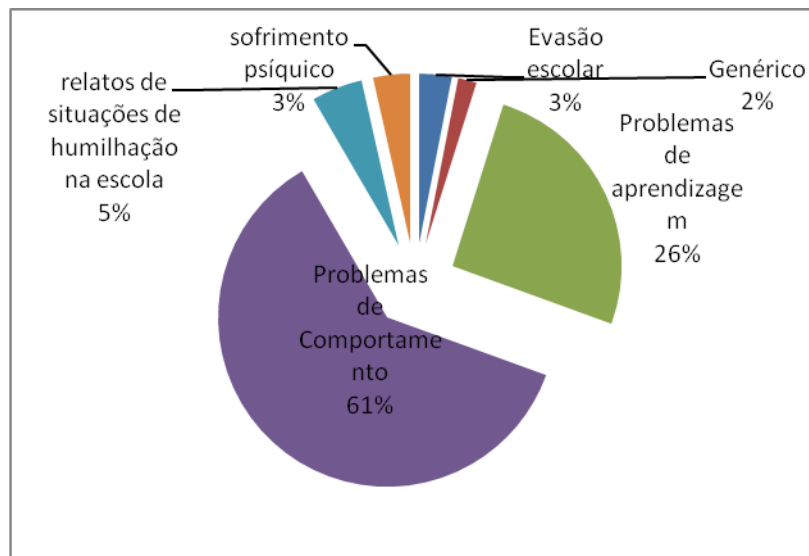
A categorização das queixas escolares foi feita de acordo com Souza (2002), na qual elas são divididas em problemas de aprendizagem e problemas de comportamento. Segundo a autora, os problemas de aprendizagem referem-se geralmente às dificuldades com escrita e leitura, bem como na aquisição de conteúdos escolares. Os problemas de comportamento se referem às atitudes apresentadas pela criança na escola e, geralmente, dizem respeito ao descumprimento de regras ou a certo padrão que ela tem que seguir.

Dessa maneira, relatos como “Problemas de aprendizagem e no desenvolvimento”, “Dificuldade de aprendizagem”, “não lê e não escreve”, “não tem coordenação motora”, “não reconhece cores, letras e nem números” foram colocadas na categoria Problemas de aprendizagem. Já descrições como “Agressividade”, “Hiperatividade”, “briguenta”, “insegurança”, “medo, não conversa com ninguém”, “dificuldade na interação”, “agitação psicomotora”, “comportamento promíscuo”, “atraso na fala”, “atraso no desenvolvimento”, “problemas na comunicação”, “não fala”, “esquecimento”, “distraído” foram categorizadas como problemas de comportamento.

A partir da leitura do material, foram criadas mais quatro categorias para algumas descrições que tiveram destaque e não se encaixaram em problemas de aprendizagem e comportamento. Foi criada a categoria evasão escolar para indicar situações em que a criança ou adolescente não estava frequentando a escola. Outra categoria que surgiu a partir da leitura do material foi sofrimento psíquico, que se expressou em casos nos quais ocorriam “Automutilação”, “tentativa de suicídio”, “tristeza”, “depressão”, “prejuízo no autocuidado” e “ideações suicidas”. Por fim, foi criada também a categoria relatos de situações de humilhação na escola, que abarcou casos de rejeição, *bullying* ou violência sofrida pela criança e adolescente no espaço escolar. Destaca-se ainda a categoria genérica, que abrangeu descrições como “problemas na escola” ou “queixa escolar”, que não tinha nenhuma informação do que realmente seriam essas queixas ou problemas.

Os resultados dessa análise podem ser visualizados no gráfico a seguir.

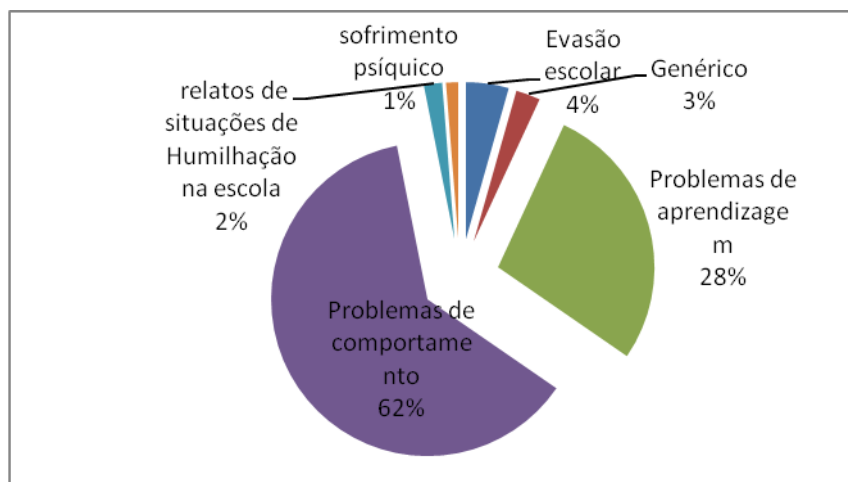
Gráfico 13 – Análise das queixas escolares no CAPSi



A maioria das queixas escolares diz respeito a problemas de comportamento, dentre as quais se destacam descrições de “agressividade”, “inquietação”, “hiperatividade” e “nervosismo”. A maioria dos prontuários que continham essas descrições não especificava o que seriam elas, tinham descrições vagas e que não explicavam em que contextos ou momentos aconteciam essas situações. Nos casos em que havia um detalhamento do que seriam essas descrições, se referiam a comportamentos violentos praticados contra os/as colegas e professores/as, bem como não conseguir ficar sentado muito tempo na cadeira ou ficar na sala de aula.

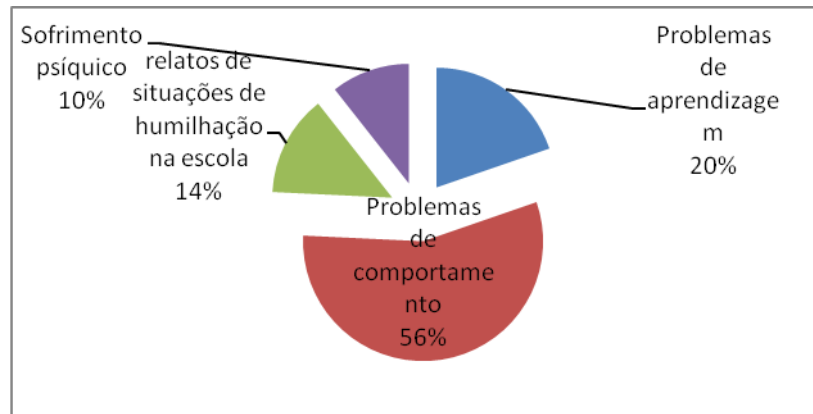
Buscando verificar se existe alguma diferença de gênero entre as queixas escolares, foi feita uma análise de acordo com o gênero. No gráfico abaixo, encontram-se as queixas escolares nos usuários do sexo masculino:

Gráfico 14 – Queixas escolares nos usuários do sexo masculino



Já as queixas escolares referentes ao sexo feminino encontram-se no gráfico abaixo:

Gráfico 15 – Queixas escolares nas usuárias do sexo feminino



Verifica-se que, proporcionalmente, as meninas continham mais relatos de situações de humilhação na escola e expressaram muito mais situações com um alto grau de sofrimento psíquico. Um elemento relevante nelas foram automutilações, algumas meninas apareceram com o relato de que se cortam. Em alguns prontuários essa situação apareceu junto com situações de humilhação vivenciadas na escola, a exemplo da seguinte situação: “Triste, poucos amigos, já se cortou, indicação do médico do PSF e orientação da escola. Diz ter poucos amigos, que na escola sempre sofreu *bullying*”. Esse é um tema importante e que merece aprofundamento em outros estudos¹⁹.

Portanto, os prontuários de alunas/os atendidos com queixa escolar revelam que o encaminhamento referente a problemas de comportamento, dentre os quais se destaca a violência, têm sido recorrentes no CAPSi pesquisado. Verificaram-se também casos de crianças e adolescentes que sofreram violência na escola, resultando na evasão ou situações que expressam alto sofrimento psíquico. Merece destaque também que, proporcionalmente, as meninas parecem sofrer mais situações de violência na escola do que os meninos.

Na próxima seção, serão apresentados os resultados da análise dos relatos ampliados, esmiuçando como essas queixas são entendidas e atendidas no CAPSi pesquisado.

¹⁹ Sobre o tema, sugere-se a leitura de trabalhos desenvolvidos pela professora e pesquisadora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, Vlândia Jucá, sobre o acompanhamento de adolescentes atendidos em CAPSi a partir do projeto de extensão Adolescência em Atos. Nela, ela tem lidado com diversos temas importantes como suicídio, a prática de escarificações, fugas e colocar-se em situação de risco.

7 ANÁLISE RELATOS AMPLIADOS

A análise de relatos ampliados visa a responder ao objetivo geral de “analisar de que maneira as queixas escolares são entendidas e atendidas em um CAPSi de Salvador-BA, considerando suas relações com o fracasso escolar e a medicalização da educação”, e ao objetivo específico de “analisar como a queixa escolar é acolhida e atendida em um CAPSi”.

A análise dos relatos ampliados foi realizada de acordo com cada situação pesquisada: quatro acolhimentos, dois atendimentos, 11 participações no grupo de adolescentes, duas visitas à escola, uma reunião de equipe e outras situações que envolveram uma conversa com uma mãe de uma criança atendida na instituição, reunião com o Ministério Público e uma conversa com uma das profissionais em um dia em que estava fazendo o levantamento dos prontuários.

7.1 ACOLHIMENTOS

O acolhimento é a porta de entrada dos CAPSi, é o local em que os encaminhamentos são recebidos. No acolhimento, decide-se se o caso será atendido ou não no CAPSi, bem como os caminhos que ele seguirá dentro do equipamento. Logo, segundo uma das assistentes sociais do CAPSi: “Lá é o lugar onde as queixas escolares chegam primeiro no CAPSi, as crianças já chegam diagnosticadas, muitos casos nem ficam”.

Foram acompanhados quatro turnos de acolhimentos, ocasionando quatro relatos ampliados. É importante ressaltar o fato de ter dois CAPSi em Salvador e de receber encaminhamentos de toda a cidade, resultando em diversos casos para serem acolhidos no equipamento. Com efeito, o primeiro aspecto a ser observado é a sobrecarga de trabalho no CAPSi e no acolhimento, especialmente.

Essa sobrecarga e os efeitos dela nas/nos profissionais da instituição podem ser vistas no momento de chegada no CAPSi e a ida à sala onde a oficina estava realizando o acolhimento. Ao entrar na sala, foi comentado que havia sido atendido um caso que não era para o CAPSi – uma menina que desenvolveu medo de algumas coisas e necessitava de atendimento psicológico. Ela comentou que o CAPSi naquele dia estava vazio mas na semana anterior estava muito cheio, e o pesquisador levantou a hipótese de que possivelmente o motivo da evasão poderia ser por estar no final de ano. A profissional concordou e disse que voltou “cheia de gás das férias”, pois o descanso serviu para ela aliviar a cabeça. Ela, então, disse:

Tem que tomar cuidado, senão o CAPS te engole. É tanta coisa que se for parar para pensar nelas... A saúde mental não dá lucro para o SUS, ainda mais a infantil. Essa casa mesmo, já está vendida, estamos tendo que procurar outro lugar.

Nota-se um desânimo e um desgaste da profissional. Esse elemento dominou a maior parte dos relatos ampliados, estando presente nas diversas situações. No acolhimento, parece ter sido mais evidente com a grande quantidade de casos a serem acolhidos em um dia. A sensação que dava, ao fim dos acolhimentos, era que parecia uma máquina de produção, não paravam de chegar casos, de forma que em um dia mais vazio, com somente um acolhimento a oficinaira comentou: “foi um dia *light*, deu tempo de pensar nas coisas”. Questiona-se como estão sendo as condições de acolhimento no CAPSi quando as/os profissionais não têm tempo para pensar.

Foi possível notar também alguns aspectos latentes a esse alto número de encaminhamentos. O primeiro diz respeito à hipótese genética como causadora de dificuldades escolares: Ocorreram casos em que a criança foi trazida pela família e encaminhada pela escola devido ao fato de a/o irmã/o ter sido diagnosticada/o com algum transtorno e/ou ser atendido no CAPSi. Assim, para verificar logo se tinha “algo errado”, como foi dito por uma escola, as crianças foram encaminhadas para o equipamento.

Esse aspecto fica evidente na fala de uma mãe durante um acolhimento quando ela diz que o comportamento do filho “é normal, anormal é que ele é nervoso para a idade. Tem a questão da genética, tem o irmão e o primo que têm distúrbio mental e são atendidos aqui no CAPS à tarde”. Além da genética, também tem o discurso do diagnóstico precoce, influenciando no encaminhamento de crianças nos anos iniciais de vida²⁰. Um exemplo dessa situação é o trecho de diálogo entre a mãe e a oficinaira que estava responsável pelo acolhimento. A mãe falou com a profissional que a médica tinha lhe dito que seu filho tinha sido diagnosticado tarde e que se tivesse sido mais cedo, ele podia ter tido mais ajuda. A profissional, então, respondeu: “É difícil fechar um diagnóstico na infância, as crianças estão em desenvolvimento. O diagnóstico não é o mais importante, muitas vezes ele gera estigmas”.

Destaca-se a fala da profissional nesse trecho, posicionando-se contra o fechamento desse diagnóstico na infância, podendo resultar em estigmas. A escola parece estar sendo influenciada por estes discursos, pois muitos pais alegam que os ouviram das/os diretores e

²⁰ Nesta pesquisa, se reconhece a importância do diagnóstico precoce nos casos de transtornos graves e em outras situações. Porém, o que está sendo criticado aqui são os efeitos desse discurso e de ele gerar encaminhamentos precipitados de crianças a instituições de saúde. Ressalta-se que o diagnóstico na infância é delicado, não deve ser tomado como uma verdade, uma vez que pode gerar estigmas na criança.

professoras/es. Dessa maneira, muitos casos que “não são para CAPS” (o que as/os profissionais muitas vezes chamam de casos leves) estão chegando ao acolhimento, a exemplo da seguinte situação: aicineira tinha acabado de realizar um acolhimento de um caso que tinha sido atendido na atenção básica e questionou o porquê de casos leves serem encaminhados ao CAPSi e não serem atendidos na atenção primária.

No que tange à análise das queixas escolares que chegam ao acolhimento, foi possível assinalar que o foco do atendimento foi a criança e/ou adolescente e sua família. Nele, as intervenções aconteceram sempre nesse âmbito: Ao receber a queixa escolar, a mesma não era problematizada, mas aceita prontamente. Um caso que ilustra esse tipo intervenção foi de um menino de oito anos (aqui chamado de Marcos) com problemas na fala. O acolhimento aconteceu com a presença de sua mãe (Ângela) e avó (Maria).

No acolhimento, quando questionada do motivo de ter levado o menino ao CAPSi, Ângela respondeu que ele agride os colegas e tem reclamações da diretora ao porteiro na escola. Ângela continuou falando que Marcos agredia também a merendeira e que a escola está rejeitando ele. Então, a profissional perguntou o motivo pelo qual elas achavam que Marcos estava assim. Maria falou que acha que é pirraça, pois com a mãe ele não age assim. Ângela complementou falando que ele é carinhoso com ela e que já o levou a uma associação para excepcionais e só teve uma consulta lá porque fechou, depois foi um Centro de Reabilitação Especializado, do Estado, e passaram um exame neurológico, além de solicitar acompanhamento do neuropediatra. Diante disso, a profissional perguntou como foi a história de Marcos, e Ângela respondeu que sofreu muito com o pai dele, pois ele tinha outra mulher e a sua sogra não queria que ela tivesse o bebê. E que havia morado na casa da sogra e a mesma tentou fazer com que ela abortasse, obrigando-a a tomar Citotec²¹. Maria, nesse momento, interrompeu e falou “Deve ter sido por isso. Teve alguma consequência e ele está assim”.

Como pode ser observado nesse caso, a queixa escolar não foi problematizada, como aconteceu em outras situações ocorridas na visita à escola e no atendimento. À revelia do fato de o menino agir de um jeito na escola e de outro em casa, a intervenção teve como foco a história de vida dele. Destaca-se também que no decorrer do acolhimento, a mãe falou que o pai do menino era usuário de drogas e a profissional assinalou que esse fato pode ter deixado consequências.

Outro caso que explicita ainda mais esse tipo de intervenção pode ser encontrado em um acolhimento realizado com uma menina de aproximadamente 13 anos, aqui chamada de

²¹ Citotec é um medicamento feito para problemas estomacais. Ele é muito usado de forma ilícita para abortos.

Fernanda. A sua mãe disse que a levou porque a professora está vendo nela um “descomportamento”, que ela está tendo o mesmo comportamento do irmão. De acordo com a mãe de Fernanda: “A professora disse assim, olha, leva logo agora que ela está nova, mais tarde fica pior. Leva mesmo”.

A mãe se queixou que em casa ela estava tendo o mesmo comportamento do irmão, quer ficar brincando e só queria ficar na rua. Além disso, ela pediu para comprar um short curto de “piriguete” e chegou com uma carta dizendo que queria namorar um menino e perguntou à mãe se podia namora-lo. A mãe prosseguiu reclamando que Fernanda não obedece ela e quando foi comprar roupa para a filha, ela pegou um short curto para ir ao colégio. A mãe disse que colégio não era lugar para isso e esbravejou: “Você é evangélica, é da igreja. A professora me disse para levar logo ela, sei lá o que ela está prevendo”.

Logo após a fala da mãe, Fernanda a interrompeu e falou: “Os meninos batem em mim e a professora não faz nada. Ela me puxou pela camisa e me mandou para a diretoria”. Logo após essa intervenção da menina, a oficinaira pediu para Fernanda sair da sala, pois ela queria falar a sós com a mãe. Na conversa só com a mãe, a profissional perguntou “por que ela acha que Fernanda estava assim”. A mãe respondeu que não sabia, ela estava muito pior que o irmão, desobedece muito. Logo depois, a profissional perguntou se a mãe tem “pulso firme”. A mãe responde que sim, “às vezes tem que trancar a filha dentro de casa e bater nela”, apesar de não gostar de bater. Ela continua dizendo que não aguenta mais a desobediência dos dois filhos, que tem que tomar remédio controlado a contragosto. A profissional interrompeu e perguntou qual o remédio e qual médica tinha os receitado. A mãe não soube dizer o nome do remédio e disse que foi uma médica clínica que a encaminhou para uma neurologista e um psicólogo. Ela não teve tempo de procurar a neuropsicóloga e quando foi para o CAPS perto de sua casa, o profissional (ela não especificou qual era) disse que não podia atendê-la. A mãe se queixou dos filhos, citando novamente a fala da professora para justificar o encaminhamento ao CAPS: “Eu trouxe Fernanda porque a professora disse que ela está com os mesmos comportamentos do irmão. Ela disse para tratar logo, pois ainda é criança”.

Diante dessa fala, a oficinaira respondeu:

Talvez a senhora tenha que ter um pouco mais de autoridade. Ela saber as consequências do que fez. Aqui no CAPS a gente pensa que o problema não é só da criança, há as questões da família também. A responsabilidade também é da família.

A mãe concordou que a responsabilidade não é das crianças, eles não querem fazer isso. Ela relatou que teve que sair do emprego por causa do irmão de Fernanda, ela chegava à

escola e tinha uma roda para reclamar dele, a professora, diretora etc. Então, a profissional perguntou sobre o pai, ao que a mãe respondeu que eles se separaram há sete anos e o pai não quer saber dos filhos. Então, a profissional sugeriu à mãe procurar o CAPS perto do bairro onde ela mora e se cuidar também, “tem que estar bem para cuidar dos filhos”, e perguntou que dia ela poderia ir lá, ao que a mãe respondeu: “Eu não tenho como ir, estou desempregada, tenho que ficar procurando faxina. Se eu não fizer isso, eu e meus filhos vamos morar embaixo da ponte. A dona da casa já está cobrando os alugueis”.

A mãe ainda disse que anda esquecendo as coisas, exemplificando que colocou os remédios do irmão de Fernanda na geladeira e colocou o celular do filho mais velho na bolsa. A profissional disse que vai conversar com a psicóloga do irmão, instruiu a mãe para falar isso tudo para o médico, e concluiu dizendo para ela pensar na ideia de procurar um psicólogo, encerrando assim o acolhimento.

Através desse caso, sinaliza-se que diante da queixa escolar e das reclamações da menina de que na escola batiam nela e a professora não fazia nada, o acolhimento voltou-se para a necessidade de pulso firme por parte da mãe. O foco do acolhimento centrou-se na família, desconsiderando o que a menina falou sobre a vida na escola. Assim, a queixa não foi problematizada, e a responsabilidade recaiu sobre a mãe, que, nesse caso, estava desempregada e quase sendo despejada de casa. Chama a atenção que o acolhimento concluiu com o encaminhamento da mãe para uma/um psicóloga/o e a discussão de caso com a psicóloga que atende o irmão do menino.

É importante destacar a complexidade que envolve esse caso, na qual estão imersos o encaminhamento da escola marcado fortemente pelo discurso da religião e da genética, bem como a situação de vulnerabilidade social em que essa família se encontra, resultando no sofrimento dessa mãe. Todos esses fatores trazem consigo questões importantes para pensar quando se discute o atendimento na infância, pois envolve questões da escola, família e do contexto social de pobreza e desigualdade social do país.

Esses dois casos ilustram a concepção que esteve presente de forma marcante nos atendimentos da queixa escolar, de que ela seria causada por fatores relacionados à família ou intrínsecos à criança, do que resulta que a escola não foi problematizada. Assim, a queixa escolar foi aceita prontamente sem questionar que escola era essa na qual ela estava imersa.

7.2 ATENDIMENTOS

Foram acompanhados dois turnos de atendimentos durante esta pesquisa na instituição, tendo como resultado dois relatos ampliados. Ressalta-se que as queixas escolares estiveram muito presentes neles. A psicóloga que realizou os atendimentos sempre perguntava como a criança ou adolescente atendida na instituição estava na escola, de forma que ela mostrava preocupação com a vida escolar. Dessa maneira, o acompanhamento da vida escolar esteve bastante presente nos atendimentos.

Ao longo dos atendimentos, foram ouvidas diversas histórias de crianças e adolescentes que sofriam devido à escola estar tendo problemas em fazer o acolhimento delas. Um caso que ilustra essa situação foi de uma menina de 14 anos atendida no equipamento devido a um retardo mental grave, aqui chamada Joana. A psicóloga começou o atendimento perguntando para a mãe de Joana como a filha está na escola e a mesma respondeu que a professora está fazendo avaliações orais. A psicóloga advertiu Joana sobre isso e orientou-a a estudar com a mãe lendo para ela. Então, a profissional perguntou para mãe como está a distribuição de atividades pela escola e a mesma se queixou que professora não está passando nada. A mãe continuou se queixando que a professora passou uma avaliação para fazer em casa e assinalou que na outra escola tinha menos gente e a avaliação era feita lá. A profissional disse que a inclusão não está acontecendo e orientou-as a procurar a Gerência Regional de Educação da região e falar com a responsável. A psicóloga disse que ia escrever para mãe um documento solicitando uma reunião com a diretora da escola. Enquanto a profissional saiu da sala para pegar o papel timbrado para escrever o documento, a mãe disse ao pesquisador que quando vai à escola falar sobre isso, lhe dizem que falta professor, falta tudo. Quando a profissional voltou, a mãe comenta que lhe disseram na escola que faltava professor para fazer a prova com ela e indicaram fazer em casa.

Assim, diante dessa situação, além da reunião com a escola, outras estratégias utilizadas foram: encaminhar para o Ministério Público e/ou sugerir a troca de escola. A profissional relatou casos em que a criança e/ou adolescente só conseguiram evoluir com a troca de escola. É o que se nota no caso de um menino de oito anos, aqui chamado Marcelo, que não estava frequentando a escola há dois meses.

A mãe contou para a psicóloga que o menino não estava frequentando a escola há dois meses, pois a professora queixou-se que ele é muito agitado e não tem condições de dar aula exclusiva para ele. A profissional ficou indignada e falou que ele não é agitado. A mãe completou a fala da profissional dizendo que a professora pediu alguém para acompanhar

Marcelo em sala de aula. A psicóloga comentou que existe no município a auxiliar de desenvolvimento infantil, só que é para quem não tem autonomia para comer, ir ao banheiro etc. Ela disse que Marcelo tem condições de fazer isso tudo, que o comprometimento dele não o impede de estar na escola. A mãe respondeu que vai acionar o Ministério Público e se queixou que quando chega à escola, ela encontra Marcelo jogado, brincando com outra menina, se queixando mais uma vez que os filhos dela não estão na escola há dois meses. A psicóloga sugeriu a mãe ir ao Ministério Público e procurar a promotora que cuida de saúde e educação para fazer uma denúncia e que trocasse o menino de escola. A mãe respondeu que já estava pensando nisso e iria ver uma escola municipal que fica perto do CAPSi. Então, a profissional fez a sugestão de colocá-lo em uma escola que tem Atendimento Educacional Especializado (AEE).

Esse caso sinalizou também outro aspecto bastante presente nos atendimentos: diante das queixas escolares, o encaminhamento para salas de AEE, recursos multifuncionais e atendimento psicopedagógico. Esse encaminhamento também esteve presente nos casos em que as profissionais diziam que “não eram casos para o CAPSi”, pois não tinha transtorno. No entanto, aventavam que se tratava de uma dificuldade de aprendizagem que precisava de atendimento psicopedagógico. Nessas situações, as profissionais também se queixaram da inexistência na rede de lugares para trabalhar com essas crianças e adolescentes.

Esse tipo de situação pode ser explicitado no caso de um menino, aqui chamado João, de quem não foi possível saber a idade, e que estuda em uma escola particular. No atendimento, a psicóloga disse para a mãe de João que o menino “não tem problemas de comportamento, ele precisa de acompanhamento pedagógico e que não era caso para CAPSi”. A profissional continuou dizendo que a aprendizagem de João é mais lenta que a de outras crianças e que a escola está fazendo o certo, passando atividades diferenciadas para ele. Ela se queixou para a mãe e o menino que a rede não tem um lugar para atender as dificuldades de aprendizagem, os lugares que têm é um Centro Educacional Especializado e as salas de AEE. Então, ela sugeriu procurar uma escola municipal no mesmo bairro da atual escola de João, e que há sala de AEE. Ela comentou com a mãe que poderia mandá-lo embora e dizer que não atende esse tipo de caso, mas quer deixar tudo “amarradinho”. A psicóloga indicou uma escola que trabalha com AEE e encerrou o atendimento.

Após o atendimento, a profissional relatou para o pesquisador que a mãe dele chegou pedindo uma medicação para resolver todos os problemas. Depois, disse que a professora dele era ótima, ela veio ao CAPSi para dizer que ele não tem nada. Ao final, ela colocou na RAAS

dele um diagnóstico e se queixou do fato. Disse que não era caso para CAPSi e tinha que botar um diagnóstico.

Esse caso aponta outra dificuldade enfrentada pelo CAPSi, que diz respeito à escola e as famílias solicitarem o diagnóstico e a medicação. O fato de as famílias irem à instituição por causa dos benefícios foi outro elemento presente na fala da psicóloga. Além disso, ela se queixou de ter que colocar um diagnóstico na RAAS, mesmo não concordando.

É importante ressaltar que as queixas escolares foram problematizadas nos atendimentos. Essa problematização aconteceu nos diagnósticos e no uso da medicação por parte das crianças e adolescentes. Um exemplo foi o caso acima, no qual a profissional não concordava com o diagnóstico.

Apesar das críticas ao uso da medicação, a psicóloga reconhecia que existem casos em que ela ajuda e é necessária. Ocorreram situações em que ela conscientizava os pais da criança ou adolescente com queixa escolar da necessidade de tomar a medicação para melhorar os comportamentos na escola. Inclusive, foi possível ver a fala de pais que recebiam relatos da escola que o comportamento de suas/seus filhas/os tinha melhorado com a medicação.

Nesse sentido, destaca-se um caso em que houve a conscientização do uso da medicação e também uma estratégia de incluir através da arte um aluno que não estava frequentando a escola. O caso foi de um menino aqui chamado Victor, que tinha 14 anos e estava no 5º ano. A psicóloga começou o atendimento perguntando ao menino se ele iria passar de ano. Ele não respondeu, e quando ela perguntou novamente, ele disse não saber. A psicóloga prosseguiu perguntando se Victor continuava ouvindo aquelas vozes. Ele respondeu que não e que continua tomando a Risperidona. Ela perguntou se ele continuava ficando sozinho em casa e ele disse que sim. Então, ele mostrou para a psicóloga e para o pesquisador um vídeo que fez com amigos e amigas no qual um monstro (com a máscara do filme pânico) vende um suco que faz as pessoas falarem inglês. A profissional perguntou para ele se ele já tinha feito teatro, e ele respondeu que não. No mesmo instante, a profissional pediu para Victor ir chamar a mãe. Enquanto ele ia chamar a mãe, a profissional disse para o pesquisador que os filmes dele melhoraram muito, ele só fazia filmes de tiro e policial e ouvia vozes mandando matar a mãe dele. A mãe entrou e a profissional sugeriu procurar um projeto voltado para o teatro ou algo relacionado para ele. A mãe acenou positivamente e a psicóloga ficou de intermediar. A profissional continuou dizendo que, já que Victor não gosta muito de estudar, essa pode ser uma via, já que esses projetos cobram a presença escolar. A profissional perguntou como ele está em casa. A mãe diz que ele não está tomando o remédio. Então,

Victor reclamou que quem toma remédio é maluco e a profissional disse que não é assim. A mãe começou a falar que é cuidadora, tem dias que não dorme em casa e não tem como controlar o uso do remédio dele. A mãe relatou as faltas constantes dele na escola atual e que essa já é a quarta no bairro. A diretora da outra escola disse para ele sair porque estava ameaçado pelo irmão e o pai de uma aluna que ele sempre incomodava. A profissional falou para ele tomar o remédio, e que, apesar de não concordar com a medicação, reconhece a importância em alguns casos. Ela falou que quando ele passou a tomar medicação, não arranhou confusão na escola e no bairro. O atendimento encerrou.

Importante assinalar que a psicóloga não ficou só na medicação e buscou alternativa para esse menino que incluía o gosto dele por vídeos. Destaca-se que, dos casos acompanhados, esse foi o único que procurou buscar uma estratégia alternativa que envolvia o uso das artes e algo que a criança e/ou adolescente se interessava.

Assim, a partir da análise dos atendimentos, sugere-se que a queixa escolar é, ainda que de forma rudimentar, problematizada. As estratégias predominantes continuam ser a de encaminhamento para salas de AEE, Centros de Educação Especial e atendimento psicopedagógico. Destaca-se também o uso de uma estratégia alternativa que envolveu os meios artísticos e um gosto pessoal da criança.

Outra questão importante foi a quantidade de atendimentos realizados no turno. No período das 13 até 16 horas, foram realizados por volta de sete a oito atendimentos sem intervalos. Sobre esse aspecto, a psicóloga comentou: “isso parece uma linha de produção”.

7.3 GRUPO DE ADOLESCENTES

O convite para participar do grupo de adolescentes surgiu através da profissional do CAPSi responsável por acompanhar esta pesquisa. Este grupo consiste em encontros nos quais os adolescentes discutem questões trazidas pelos mesmos e também fazem passeios para diversos lugares na cidade, como museu, teatro, biblioteca, cinema etc. Apesar de não ser voltado para a queixa escolar, questões relativas à escola surgiram em diversos momentos.

A falta de recursos materiais e de estrutura do equipamento se mostrou bastante evidente no grupo. Falta de salas, sala sem estrutura, falta de materiais como lápis e caneta e a falta de carro para os passeios foram elementos recorrentes. Em uma conversa com a assistente social da instituição antes do começo do grupo, ela relatou que o serviço está precarizado e no lugar que ela trabalhava muitos profissionais faziam uso de medicação para aguentar. Nesse CAPSi ela não viu isso, mas não duvida que aconteça o mesmo.

A oficina responsável pelo grupo relatou que o “CAPSi recebe muitas demandas da escola. As escolas já chegam querendo um diagnóstico e o CAPSi não é lugar de diagnóstico”. Ao longo dos encontros do grupo, as/os adolescentes trouxeram questões de relacionamentos, conflitos e estigmas e rótulos gerados nas situações de fracasso escolar, bem como outras situações de suas vidas. Por meio da participação no grupo, eles puderam ir a espaços que não costumavam ou não frequentavam, como museus, teatros, cinemas etc.

Um exemplo dessas situações de conflitos vivenciados na escola pode ser visto em uma situação em que a oficina perguntou para uma menina de 15 anos de idade, aqui chamada Júlia, como estava a nova escola. A menina respondeu que o professor de artes tinha pedido para falar uma palavra difícil e quem não acertasse, sairia da sala. Júlia não sabia falar a palavra e saiu da sala por conta disso.

Além dos conflitos com os professores, os estigmas e os rótulos também estiveram presentes no grupo. Esse aspecto pode ser encontrado com essa menina do caso anterior (Júlia), em uma situação em que ela relata não ter a cabeça aberta que nem a prima, bem como o fato de não ter passado de ano por causa de sua diretora. Nessa situação ocorrida no grupo, a menina comentou que era para estar no primeiro ano junto com a prima dela, que tem a cabeça aberta. Questionada pela profissional o que seria cabeça aberta, a menina respondeu que é ser inteligente. Então, a profissional assinalou para Júlia que cada pessoa tem a cabeça aberta de um tipo e é bom em uma coisa. Depois Júlia falou que o professor de matemática deu um ponto para ela porque soube que ela frequentava o CAPSi e um Centro de Educação Especializado.

O caso de Júlia ilustra bem como o CAPSi atendeu as queixas escolares no período em que a pesquisa de campo foi realizada. Essa menina foi encaminhada para o CAPSi por apresentar problemas na escola, depois de ter permanecido um tempo na casa dos avós. Essa permanência se deu por problemas de saúde da mãe, de forma que ela faltou um tempo considerável na escola. O CAPSi a diagnosticou com um retardo mental mínimo que a atrapalha nos estudos e começou a atendê-la em conjunto com um Centro de Educação Especial da Cidade.

No final do encontro do grupo, foi possível participar de uma conversa entre a psicóloga que atendia Júlia e a oficina responsável pelo grupo de adolescentes, na qual a oficina comentou o quanto ficou impressionada com Júlia naquele dia, pois a menina lembrou com detalhes de dois passeios a museus da cidade. Além disso, a oficina relatou o quanto Júlia evoluiu no grupo: antes ela não falava nada e passou a puxar assunto e emitir opiniões. A psicóloga que atende Júlia respondeu que a família da menina a coloca no lugar

de incapaz e a escola a coloca no lugar de louca. A mesma comentou que os pais de Júlia podem estar querendo o benefício e que a diretora da antiga escola de Júlia era horrível, comemorando o fato de ela mudar de colégio. Ela finalizou sua fala dizendo que Júlia tem um pequeno retardo que atrapalha seu desempenho escolar.

Pode-se notar mais uma vez a questão das crianças com queixa escolar diagnosticadas com retardo mental leve no CAPSi. Ressalta-se também a questão das profissionais acreditarem que os pais desejam o benefício e a questão dos estigmas gerados na escola com a ida ao CAPSi. Por fim, em outra conversa entre a oficina responsável pelo grupo e a psicóloga responsável pelo atendimento de Júlia, a segunda comentou que a psiquiatra tinha pedido uma avaliação neuropsicológica e não sabia por quê. Prosseguiu afirmando já saber o que Júlia tinha e isso não iria ajudar, pois a avaliação iria indicar um procedimento de estimulação e a rede não tem, só disponibilizando o apoio psicopedagógico. A responsável pelo grupo concordou com ela e questionou no que ajudaria saber.

Outro aspecto presente nesse atendimento foi o depoimento das profissionais acerca das dificuldades para realizar um trabalho em equipe dentro do CAPSi pesquisado, expressas em uma conversa com a oficina, quando ela confidenciou que o “CAPSi tem duas equipes, uma que acha que o CAPSi é transitório e outra que acha que os usuários tem que ficar lá”.

Portanto, nota-se que o grupo foi um importante lugar para as/os adolescentes falarem sobre a escola e as situações que vivenciam lá. Nele, foi possível encontrar, mais uma vez, a questão do retardo mental leve, encaminhamento para apoio psicopedagógico e Centros de Educação Especial e para avaliação médica e/ou neuropsicológica no atendimento das queixas escolares. Importante destacar a impressão das profissionais de que lá existem duas equipes que não dialogam, bem como a falta de estrutura e recursos materiais para a realização do trabalho.

7.4 VISITA À ESCOLA

A visita à escola foi a primeira situação acompanhada no CAPSi. Ao chegar ao equipamento, a psicóloga convidou o pesquisador para acompanhá-la, junto a outras pessoas da equipe, em visita à escola; posteriormente, surgiu novo convite para visita realizada em outra escola, resultando em dois relatos ampliados.

É importante destacar os desafios enfrentados pelo CAPSi para ir às escolas. Além da falta de carros e do atraso deles quando solicitados, existem dois CAPSi para toda a cidade do Salvador, impossibilitando a existência de um trabalho que leve em conta a noção de

território. Esses aspectos impõem barreiras na ida às escolas, criando dificuldades em estabelecer um contato mais aprofundado com essas instituições.

A primeira questão observada é que as/os profissionais reconhecem a importância de ir à escola das/os usuários acompanhados na instituição. A psicóloga do CAPSi relatou que essa ida propicia “conhecer mais sobre os pacientes e detalhes que eles não têm acesso”. A mesma comentou também que ela “vai às escolas no sentido de valorizar a ação pedagógica do professor, são eles que cuidam da parte pedagógica e não o CAPSi”.

Na ida à escola, foram adotados os procedimentos de conversar com as/os professores e outros funcionários da escola, como diretora e psicóloga da instituição, e a observação da/o aluna/o atendido no CAPSi em sala de aula. Em todas as situações, notou-se que as/os profissionais do CAPSi tentaram problematizar a queixa trazida pela escola, não a aceitaram prontamente. As conversas com a escola se deram nesse sentido, procurando ouvir o que a instituição escolar traz sobre a/o aluna/o e, em alguns momentos questionando essas falas.

A conversa com as escolas sobre as queixas centrou-se em torno de três aspectos. O primeiro deles diz respeito a um transtorno mental ou um retardo mental leve que estaria atrapalhando a aprendizagem. Um caso que ilustra essa situação foi de um menino que não conseguia acompanhar o grupo 5 e chegou ao CAPSi diagnosticado com uma “alienação autística” pela psicóloga da escola. Na ida à escola para conversar com essa mesma psicóloga e a professora dele, a psicóloga do CAPSi contestou esse diagnóstico dizendo que não acha que ele tenha uma alienação autística; ela suspeita de um leve transtorno que compromete a aprendizagem, e por isso encaminhou-o para um exame neurológico. Assim, o questionamento da queixa se deu em torno de um transtorno mental ou retardo mental leve que estaria dificultando a aprendizagem do menino. A psicóloga falou que o CAPSi não tem recursos psicopedagógicos para atendê-lo e vai encaminhá-lo para um Centro de Educação Especial ou uma sala multifuncional.

O outro aspecto presente nas conversas entre CAPSi e as escolas relacionado foi a existência de uma dificuldade de aprendizagem, não um transtorno mental, que estaria atrapalhando a escolarização da/o aluna/o. Nesses casos, o CAPSi procurou também encaminhar para serviços psicopedagógicos e para avaliação psicológica. Um caso que ilustra essas situações foi na visita à escola de uma menina encaminhada ao CAPS com um suposto transtorno mental. Na conversa com o professor dessa menina, a psicóloga do CAPSi falou que ela não tem transtorno mental e sim problemas de aprendizagem, e que iria encaminhá-la para atendimento psicopedagógico em algum Serviço-Escola de uma faculdade de Salvador, já que o CAPSi e a rede municipal como um todo não possuem esse recurso. A psicóloga do

CAPSi ainda disse que essa mesma menina tinha dificuldade de aprendizagem e lamentou não ter testes psicológicos para comprovar isso. Apesar disso, pela experiência clínica dela, identificava que a menina tinha alguma dificuldade de aprendizagem.

Nesta mesma conversa, o professor comentou com a psicóloga do CAPSi que essa menina falta muito e não consegue acompanhar a turma. A problematização da queixa centrou-se nessa suposta dificuldade de aprendizagem dela e na família, tendo em vista que a mãe dela queria que ela tivesse algo para conseguir o BPC. A psicóloga e o professor comentaram ainda que um dos grandes problemas é que “o estudo não é valorizado em casa”.

Outro aspecto abordado nas visitas às escolas envolveu as críticas às famílias, estando presentes concepções de que a família não cuidava das/os alunas/os e/ou não tinham se esforçado na vida. Um exemplo pode ser visto na conversa com a professora e a psicóloga de um menino atendido no CAPSi, em que uma profissional do CAPSi questionou se mãe tinha capacidade de cuidar desse menino e falou que a mãe “não quer batalhar” e que a avó tem que tomar conta de tudo.

Outro exemplo foi o caso de um menino com cinco anos, no grupo 5 atendido no CAPSi com queixa de hiperatividade. Na conversa com a professora e a psicóloga da escola, a assistente social do CAPSi comentou que o caso desse menino “era de carência afetiva, o pai sumiu e ele ficava aos cuidados da avó e da mãe”. Foram encontrados também fatores intrínsecos à criança ou adolescente, a exemplo de uma conversa entre a psicóloga do CAPSi e um professor de uma criança de aproximadamente 10 anos atendida no equipamento. Nela, o professor falou do “comportamento sexualizado e infantil para idade dela”. A profissional concordou dizendo que ela tem um comportamento sexualizado incompatível com a idade. O professor disse que tentou dar um jeito nisso, exemplificando com uma situação em que ela veio de batom e ele falou: “Você é princesa para ficar vindo assim com esse batom?”.

No que tange às observações das crianças em sala de aula, foi possível analisá-las a partir da fala das/os profissionais sobre essa estratégia. Nessas falas encontra-se uma problematização das queixas, em muitos casos as/os profissionais observaram que a criança se comporta de um jeito no CAPSi e na escola de outro jeito. Um exemplo é a fala da terapeuta ocupacional do CAPSi, que, ao observar uma criança atendida no equipamento, assinala que “na escola ele não tem tanta agitação motora quanto no CAPSi”.

As profissionais do equipamento também fizeram comentários em relação às condições da escola e a possíveis ações pedagógicas equivocadas das/os professoras/es. Um caso que ilustra essa situação aconteceu durante uma observação na sala de aula de um aluno. A professora tentava realizar a atividade enquanto as crianças gritavam e se levantavam o

tempo todo, de forma que ela tinha dificuldade de realizar a atividade proposta. Ao sair da sala, a psicóloga do CAPSi comentou que se ela estivesse no lugar da professora, teria pedido demissão na hora.

No carro, na volta dessa visita, os comentários da psicóloga, da assistente social e da terapeuta ocupacional do CAPSi sobre essa situação foram das condições da sala para uma possível ação equivocada da professora. Elas criticaram a ação pedagógica da professora dizendo que ela poderia escolher um poema melhor e demonstrar as cores de forma mais visual. A ação pedagógica foi comentada pelas profissionais também em outra situação, quando foram observar uma menina que tinha começado a ser atendida no CAPSi e notaram que ela estava mais separada da turma e comentaram sobre uma “possível ação pedagógica equivocada”.

Assim, a partir do que foi visto, na ida à escola, as/os profissionais do CAPSi relacionam a queixa escolar como resultado de fatores externos à escola, com destaque para questões familiares, transtorno mental leve ou dificuldade de aprendizagem. As intervenções nas visitas à escola aconteceram nesse sentido. Mesmo considerando as condições da escola, como salas numerosas e apertadas, em que a professora “tinha que gritar” para dar aula, esses fatores parecem ter sido secundários na análise da queixa. Ressalta-se também as dificuldades de estabelecer contato e fazer um trabalho junto com a escola, a falta de automóveis para realizar atividades externas e um território muito grande para dar conta.

7.5 REUNIÃO DE EQUIPE

No último dia da pesquisa de campo no CAPSi, houve uma reunião em que as/os profissionais discutiram casos e foi feito um café da manhã em decorrência da despedida do pesquisador. Estiveram presentes quase todas/os as/os profissionais, excetuando-se a/o psiquiatra da instituição. Além das/os profissionais do equipamento pesquisado, houve a presença de uma psicóloga da Secretária de Saúde da Bahia (SESAB), que trabalhava em um ambulatório com crianças e adolescentes, para falar de sua prática.

O primeiro ponto a ser destacado foram as falas das/os profissionais que relataram as dificuldades de estrutura do CAPSi, refletidos na equipe incompleta e na falta de materiais. Elas/eles expressaram, também, o efeito que todos esses fatores causam. Nas palavras de uma das assistentes sociais, “a gente mata um leão por dia”. Elas/eles se queixaram da falta de um espaço de convivência para as/os adolescentes, bem como de profissionais. Segundo uma das

assistentes sociais, “A gente não tem profissionais aqui para ajudar. Falta fonoaudiólogo, psicopedagogo e musicoterapeuta”.

Elas/eles se queixaram ainda das dificuldades da rede, já que não há para onde encaminhar as crianças e adolescentes atendidas/os no CAPSi. Além disso, faltam materiais, sendo que alguns seriam muito importantes para atender casos, como os autistas graves. A fala de uma enfermeira ilustra bem essa situação: “o que mais angustia são os autistas graves, falta material de estimulação sensorial. A gente não tem para onde encaminhar”. Uma das assistentes sociais denuncia que “O sistema é forte. Foi feito para não funcionar”.

As/os profissionais se afligem também com as crianças que ficam no que elas denominam de “limbo”: seriam crianças “que não saem do lugar”, ficam “jogadas no CAPSi e não evoluem”. Durante o período da pesquisa de campo, esse pareceu ser o destino de muitas crianças e adolescentes que chegaram com queixa escolar.

Assim, todos esses fatores parecem estar gerando efeitos na saúde das/os profissionais. Uma delas chegou a comentar “Eu tive uma fase muito ruim. Ficava precisando de férias e licença”. Elas/eles se queixaram também de estarem recebendo cada vez mais pacientes, impedindo de realizar os atendimentos de forma integral. Esses fatores têm influenciado no atendimento às queixas escolares, como foi dito por uma das psicólogas: “Eu fico só interna. Não faço visita à escola, não faço visita domiciliar porque não tenho tempo”.

As/os profissionais também se queixam da dificuldade de atender casos que envolvem situações de pobreza. Como foi expresso na fala de uma das assistentes sociais: “A gente tem outra questão para lidar, o transporte. Tem mãe que não consegue ir para o serviço porque não tem dinheiro. Não tem dinheiro nem para vir aqui toda semana”.

É importante destacar que as profissionais expressaram mais uma vez que muitas crianças e adolescentes têm chegado “diagnosticados” pela escola. Nas palavras de uma das assistentes sociais “Às vezes, vem alguém aqui da escola com uma queixa, diz que ele é agressivo ou TDAH. Às vezes ele é agitado e não fica sentado o tempo todo”. No que tange à queixa escolar, durante a reunião de equipe foram discutidos dois casos que ilustram a forma como a instituição atende as queixas escolares.

No primeiro, a psicóloga 1 relatou o caso de Leandro, um menino de seis anos que chegou acompanhado pelo conselho tutelar e que desde os três anos tem mudado de escola por causa de agressividade. Entretanto, a mãe e a psicóloga dizem não perceber nada do que a escola fala. A escola suspendeu Leandro, chamou o conselho tutelar e a professora Leandro ameaçou pedir exoneração porque não aguenta mais ele, impondo que o garoto só pode voltar para a escola se começar a tomar remédio. A psicóloga falou que deu todas as orientações

para a mãe, só que a mesma continua aceitando a demanda da escola. Então, a equipe sinalizou a necessidade de ir à escola e a psicóloga falou que “o menino fala que, às vezes, faz isso para ir embora, outras por teimosia”.

Logo após, a psicóloga 2 comentou que a escola deve ser muito ruim para esse menino e a oficinaira questionou o fato de o menino fazer isso para voltar para casa. A psicóloga 1 assinalou que a mãe de Leandro trabalha o dia todo e o menino fica sozinho. Então, a oficinaira questionou: “Por que ele quer voltar para casa? Como foi a gravidez dele?” A psicóloga 2 pegou o relatório escolar do menino e comentou que a foto dele parecia “de um procurado”.

Outro caso ilustrativo é o de Heitor, menino de 10 anos que já tinha sido usuário do CAPSi e foi recolhido com vários relatórios da escola. Segundo a oficinaira, a mãe de Heitor já não o suporta mais. A psicóloga 1 expressou reclamação com os desenhos do menino sobre armas e sangue e disse que a mãe reclamou muito da agressividade na escola. A oficinaira afirmou que Heitor disse que tem “um menino de 10 anos que comanda o corpo dele”. Heitor falou que esse “menino” queria matar o pai, a mãe e a avó. A oficinaira também acrescentou que ele foi diagnosticado com TDAH, em 2013. A equipe discutiu que o melhor seria o encaminhamento para atendimento psicológico.

No primeiro caso, percebe-se, novamente, que, diante da queixa escolar, a tendência do CAPSi é atendê-la considerando que a causa seria a família da criança e adolescente. Mais uma intervenção nesse sentido foi encontrada, juntamente com a ida à escola. Ressalta-se também algumas possíveis concepções sobre as crianças e adolescentes atendidas no equipamento, expressas no comentário de que ele “parece um procurado”.

O segundo caso demonstra novamente que o encaminhamento para atendimento psicológico tem sido outra maneira de atender as queixas escolares. Esses foram pontos encontrados também em outros espaços do CAPSi. Junto com a ida à escola, esse parece ser o destino de muitos casos encaminhados com queixa escolar.

Assim, de acordo com o que foi visto na reunião de equipe, as queixas escolares têm sido atendidas considerando que sua causa estaria na família da criança e adolescente ou de fatores individuais do aluno encaminhado, como uma dificuldade de aprendizagem ou um transtorno mental leve. Além disso, o encaminhamento para atendimento psicológico tem sido comum. É importante também destacar as crianças que ficam no chamado “limbo”, “não saem do lugar” segundo uma das profissionais. Observa-se, mais uma vez, o quanto a queixa da precarização do equipamento esteve presente na fala das/dos profissionais.

7.6 OUTRAS SITUAÇÕES

A análise que se segue foi produzida a partir de uma conversa com uma mãe, uma reunião no Ministério Público e uma conversa com uma profissional da instituição enquanto havia a coleta de dados dos prontuários. Vale ressaltar que essa conversa com a profissional foi decorrente das indignações dela surgidas na reunião com o Ministério Público.

A conversa com a mãe aconteceu na sala de espera, enquanto o pesquisador esperava para ir ao Ministério Público. A mãe mostrou o passe livre do filho e disse que só havia conseguido naquele momento, estava tentando desde 2011. Ela continuou a se queixar que não consegue matricular ele na escola e complementa dizendo que conseguiu uma agora, só que precisa de um relatório do CAPSi para poder matricula-lo na escola, relatando que o filho troca as letras e tem dificuldade para aprender. Depois, começou a falar do gosto dele por música e propagandas, e que ele adora cantar músicas de novelas. Então, o pesquisador perguntou qual era o diagnóstico do filho dela, ao que ela respondeu que ainda não está fechado, mas que “ele já foi diagnosticado com F.71, F.80, F.90 e por aí vai”. A mãe relatou que procurou o CAPSi para saber como lidar com o filho, que não a obedece. Ela complementou dizendo que a irmã dele é hiperativa, mas que só que ela a obedece. Depois, contou que o pai não aceitou os filhos e os médicos disseram que essa foi uma das causas do filho ser assim.

Esse relato traz diversos elementos importantes: em primeiro lugar, mostra a questão dos benefícios condicionada a um relatório do CAPSi atestando algum transtorno mental. No caso do menino, para ter acesso à escola e ao passe livre, ele precisava de um relatório da instituição. Se a família demanda o diagnóstico para garantir alguns direitos, ao mesmo tempo ela relata que os diagnósticos produzem efeito de estigmas. Trata-se de tema da maior relevância, e que deve ser aprofundado em outras pesquisas.

Percebe-se também a influência do discurso médico no relato dessa mãe, com destaque para as hipóteses de hereditariedade e desajuste familiar, já que a mãe ressalta que, segundo os médicos, os diversos diagnósticos psiquiátricos do filho são atribuídos ao fato de o pai não aceita-lo.

Logo após essa conversa, houve uma reunião no Ministério Público para tratar dos atendimentos de emergência a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na Cidade. Ressalta-se que, segundo o que foi dito na reunião, inexistem na rede de saúde mental em Salvador leitos para essas crianças e adolescentes para quando estão em crise. Mais uma vez

ficou evidente a falta de estrutura do CAPSi, quando mais uma vez as profissionais se queixaram de estarem sobrecarregadas e de falta de infraestrutura para o trabalho.

Além disso, falou-se novamente sobre a questão dos CAPSi estarem recebendo e atendendo casos de retardo mental. Justificou-se dizendo que os lugares para atender esse tipo de queixa em Salvador são precários, fazendo com que o CAPSi aceite esses casos. Um trecho da reunião aponta para essa questão. Nele, a psicóloga do CAPSi tomou a palavra e comentou sobre esse desvirtuamento de papéis que acontece nos CAPSi, que está atendendo casos de retardo mental que eram para serem atendidos em outros locais. Ela falou que os lugares para atender retardo mental em Salvador são precários, de forma que ela tem atendido esses casos, por vezes em conjunto com as salas de AEE. Por fim, ressaltou que os CAPSi são para atender transtornos psíquicos leves, moderados e graves.

Outra questão importante levantada foi sobre adolescentes que usam álcool e outras drogas na Cidade e acabam indo para as comunidades terapêuticas. Diante de todas essas dificuldades, um/uma dos representantes do Ministério Público afirmou que “existe um sentimento de abandono na saúde mental”.

No dia seguinte à reunião no Ministério Público, uma das assistentes sociais do CAPSi que estava presente, enquanto era feita a coleta de dados no prontuário, veio contar que tinha achado a reunião horrível e que a portaria lançada em 2011 trazia esperança para ela, mas que ela viu que as coisas não mudaram e já estava “ficando doente” com isso. Depois disso, ela perguntou sobre a pesquisa e o projeto de mestrado. Foi explicado e ela comentou que muitas crianças já chegam com o diagnóstico da escola, e várias com o diagnóstico de hiperatividade. Ela continuou dizendo que o acolhimento seria o lugar para desconstruir essas demandas, mas que os profissionais preferem fazer grupo ou terapia. Ela continuou dizendo que a ida ao CAPSi marca a vida da pessoa e que é diferente de ir pediatra, por exemplo.

A partir dessa conversa, nota-se, novamente, que as queixas escolares que chegam ao CAPSi têm sido encaminhadas para grupo ou atendimento psicológico. Percebe-se também outra maneira de atender essas queixas, que envolvem a desconstrução desde o acolhimento, de forma que a criança e adolescente não precise ficar no CAPSi. Outro ponto importante levantado outra vez foi de as crianças já chegarem diagnosticadas pela escola e os efeitos do encaminhamento ao CAPSi para esse público.

8 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise das entrevistas foi feita para responder ao objetivo geral de “analisar de que maneira as queixas escolares são entendidas e atendidas em um CAPSi de Salvador-BA, considerando suas relações com o fracasso escolar e a medicalização da educação” e aos objetivos específicos de “compreender qual a perspectiva de profissionais sobre a queixa escolar encaminhada para o CAPSi” e “analisar como a queixa escolar é acolhida e atendida em um CAPSi”. Foram feitas entrevistas com três profissionais do CAPSi pesquisado, escolhidas por estarem presentes de forma marcante durante o tempo do pesquisador na instituição.

8.1 ALICE

Alice é psicóloga, se formou em uma universidade pública em Salvador no começo da década de 1990. Ela relatou que na época da sua formação, existia uma predominância para a área de psicologia clínica e do trabalho e da abordagem psicanalítica e que não se falava muito em outras áreas, incluindo a psicologia escolar. Assim, a sua formação foi voltada para a clínica e a abordagem da psicanálise, indo trabalhar em consultório logo depois que se formou.

Além dos grupos de estudos em psicanálise, fez duas pós-graduações, *lato sensu*, de desenvolvimento infantil e psicologia hospitalar. Foi durante a especialização que surgiu o concurso para trabalhar nas políticas públicas:

Em determinado momento, eu senti a necessidade de fazer uma pós-graduação, uma coisa formal. Porque esses estudos de psicanálise são informais, você estuda muito guiado pelo seu desejo. Eu fazia minha análise pessoal e fiz duas pós-graduações. Uma foi no Instituto X e eles fizeram um curso aqui em Salvador de 2 ou 3 anos, que era psicanálise, voltado para o desenvolvimento infantil, era na época um nome que hoje não se usa, que é péssimo, era problemas de ajustamento na infância e adolescência, é terrível esse nome, mas o nome do curso era esse. Assim, eu fiz essa pós-graduação e depois eu fiz uma pós-graduação em psicologia hospitalar na Faculdade Y e foi também muito direcionado pela via da psicanálise porque na época os alunos do curso tinham uma formação, eram todos oriundos da minha época, momento que existia a predominância da psicanálise em Salvador. A gente está em 2005. Lá para 2002, a prefeitura abriu concurso, naquela época você não tinha psicólogos na rede pública. Só que foi um concurso que eles, no edital, lançaram pouquíssimas vagas, 2 vagas, 3 vagas. Eu lembro que foi uma menina do curso de pós-graduação que me falou sobre esse concurso, e aí eu me inscrevi.

Através desse concurso, ela foi “emprestada” a outra Secretaria no ano de 2005 e começou a trabalhar em um serviço especializado de atendimento às mulheres vítimas de

violência. Sua entrada no CAPSi deu-se no ano de 2013, quando um novo prefeito assumiu e pediu que todas e todos voltassem para a secretária de origem. Sobre isso, ela relatou que:

Depois de algum tempo, eu aproveitei que o prefeito assumiu e pediu para que as pessoas voltassem para a sua secretaria de origem, e, na época, eu solicitei que fosse trabalhar no CAPS infantil que era minha experiência, era a vida toda de consultório, eu trabalhava em consultório com infância e adolescência. Muito! E aí eu solicitei de ir para o CAPS infantil por conta dessa minha experiência de consultório.

Assim, devido à sua experiência de trabalho com crianças e adolescentes em consultório, bem como o gosto pessoal de trabalhar com esse público, pediu para ir trabalhar no CAPSi pesquisado. Ela ressaltou as dificuldades da formação em lidar com essa área, teve que “correr por fora”, as questões que ela tinha visto na psicanálise não contemplavam a sua atuação. Além disso, ela cita que aprendeu muita coisa com a experiência e com outros profissionais, inclusive com psicopedagogos, e disse a importância de ir à escola no atendimento de crianças e adolescentes, como exposto abaixo:

Eu tenho muito contato com psicopedagogo, eles me ensinam muito, porque você não pode trabalhar com a infância sem estar dentro da escola, sem trocar com a escola, não existe isso, você tem que estar o tempo todo trocando com a escola o que está acontecendo com a criança.

Sobre o fato de muitas crianças chegarem ao CAPSi encaminhadas pela escola, ela se queixa de que a escola tem uma grande dificuldade em lidar com as diferenças. Alice falou que tudo que foge a um padrão de normalidade, a escola encaminha para a saúde mental. Além disso, a escola espera que o CAPSi dê conta de intervenções pedagógicas, de dizer como lidar com a criança ou adolescente encaminhado.

Eu acho que há uma dificuldade da escola em lidar com a subjetividade. A escola vende um discurso que na prática ela não executa. Vamos lá, se você entende que se no momento que você vende o seu produto, tal escola, ela trabalha, ela respeita a individualidade da criança, é isso que a escola diz. Se você vai em qualquer escola, uma escola de bairro, uma escola famosa, todo mundo vende esse discurso. Só que quando a criança chega, é como se tivesse um parâmetro de normalidade, daqui até aqui. Se a criança se afasta um pouquinho disso, se ela requer da escola um investimento maior naquela criança, a escola não sabe lidar com isso. Então, aquilo ali é um problema de saúde, aí recai na gente, é um problema de saúde mental. E aí existe uma coisa que eu observo: escola demanda que os profissionais de saúde, que a gente faça intervenções de ordem pedagógica, como se a gente tivesse o modelo para tal criança que tem tal problema, “vocês da saúde têm que me dizer como a gente vai intervir pedagogicamente”.

Ela relacionou essa questão à formação de professoras/es. Nas suas palavras, “o professor não se dá conta que o saber está com ele, ele espera do outro, porque aí entra no espectro da criança com problema”. Outra questão levantada por ela no que tange esse ponto

foi de as escolas solicitarem diagnóstico da criança e adolescente encaminhadas, apesar de o MEC²² ter feito uma portaria de que não se precisa mais do diagnóstico para matriculá-las.

Questionada sobre o que pensa de as crianças e adolescentes chegarem diagnosticadas pela escola no CAPSi, ela disse que desconsidera isso completamente no atendimento. Ela relacionou isso à judicialização da sociedade e à falta de comunicação entre justiça, saúde e educação. Ela se queixou da exigência feita aos profissionais de saúde por um diagnóstico por parte dos pais e da escola, sendo que muitos deles trabalham nessa perspectiva.

Olha, é como se houvesse na política pública uma confusão. Quando a gente coloca o aparato da justiça, política de intervenção, saúde e educacional, eles não se comunicam. Quando você vai para a escola, a escola diz que precisa do diagnóstico, que ela precisa se respaldar nas intervenções que ela vai fazer para a criança, e aí ela pensa em justiça. Eu canso de ver que não é pouco, são muitos pais que judicializam a questão educacional, e isso tanto na rede pública quanto na rede privada. Então, eu vejo essa demanda da escola e também entendo, porque eu vejo isso no dia a dia dos pais, isso chega no consultório também. Os pais fazem uma pressão nos profissionais de saúde para que o psicólogo dê um diagnóstico, porque se você não dá diagnóstico, você não sabe, você é um profissional ruim. Porque em cima disso eles vão... tem pais, infelizmente isso acontece... eles vão utilizar aquilo judicialmente. Enfim, para uma separação, quando estão separando o pai e a mãe, para acionar a escola, enfim, para qualquer coisa, é o que acontece. É uma faca de dois gumes, de dois não, são vários gumes, porque você entra nessa loucura. Hoje eu vejo a judicialização da sociedade, todo mundo precisa ter um documento para estar respaldado, vejo essa questão dos profissionais de saúde, porque tem profissional também que trabalha dando diagnóstico.

Além disso, ela falou dos problemas que o diagnóstico pode trazer, servindo como limitador para a criança ou adolescente:

Assim, você dá o diagnóstico da criança e um relatório, a escola exige isso, um relatório. Tudo que aquela criança não alcançar é por causa do diagnóstico, em vez de ela utilizar aquele diagnóstico para abrir potencialidades, para aproveitar as potencialidades da criança, tudo justifica. Mas esse menino não aprendeu porque você sabe né? Porque ele tem esse diagnóstico. Então assim, é lidar com isso, eu acho que ser psicólogo hoje da infância e da adolescência, é você lidar com as diversas situações, e que você tem que estar ali preparado para não tirar o foco de que ali é uma criança, é um sujeito, entendeu?

Perguntada sobre como o CAPSi atende esses casos, ela se queixou que fica muito por conta do profissional e das suas relações. Além disso, ela também falou que o olhar médico muitas vezes atrapalha, citando uma situação em que aconteceu uma ingerência em um caso atendido por ela, no qual a médica pediu uma avaliação neuropsicológica de uma paciente atendida pela mesma sem o seu conhecimento. Em sua opinião, as ações são fragmentadas e falta um trabalho maior em equipe:

²² A portaria citada por Ana, Nota Técnica 04/2014 do MEC/SECADI/DPEE, exclui a necessidade de laudo médico para incluir uma criança com dificuldades na escola regular.

Então assim, eu acho que as ações, elas são fragmentadas, fica muito a mercê de cada profissional, enfim, do que você imagina, do que você pensa. Vejo que lá existe uma sensibilidade dos profissionais para lidar com a diversidade, mas eu acho que ainda falta muita reunião, falta um protocolo de atendimento, ainda falta, enfim, uma uniformidade, vamos pensar nisso daqui. Fica muito por conta também das relações pessoais: “ah, eu sou profissional, você é profissional, então a gente se relaciona bem, então vem aqui e dá uma olhada nessa criança para mim”.

No que tange à ação dos casos encaminhados pela escola que não se configuram para serem atendidos no CAPSi, Alice salientou que não só as queixas escolares, mas também os transtornos leves têm sido atendidos no serviço, na medida do possível. Ela fala da “sensação angustiante” de que é “como se fosse um sorteio”, dependendo do tempo e da disponibilidade do profissional:

Infelizmente, esses casos que a gente chama de transtornos leves, são meninos que precisam de cuidado, crianças e adolescentes que precisam de cuidado, mas que não estariam dentro da ordem do CAPS, dentro do perfil do CAPS, eles dependem do sorteio por quê? Se eu tiver muito paciente, eu não tenho como acolher essa demanda, se for um período que eu esteja mais livre, eu acolho essa demanda. Infelizmente, é isso que acontece, o que não é justo, não é justo com o cidadão. Mas, infelizmente é isso que acontece.

Já no caso das crianças e adolescentes encaminhadas pela escola e que não têm nenhum transtorno, Alice falou que tem encaminhado para salas de AEE e recursos multifuncionais, quando preenchem o requisito, ou para serviços de atendimentos psicopedagógicos, sobretudo de instituições de ensino superior. Ela falou também que muitos desses serviços estão lotados, faltam lugares para encaminhar a criança e ela fica jogada “no limbo”:

Porque, muitas vezes, até a gente estar na escola é ameaçador para escola. Porque não é só você ir lá e dizer “olha, isso é problema de vocês, vocês que não estão sabendo lidar com a criança”; algumas vezes a gente consegue essa mediação, algumas vezes não. Outra questão é que, às vezes há crianças que precisam de um acompanhamento psicopedagógico, a gente não tem rede para mandar. Se a criança está dentro da portaria que são contemplados por AEE, é facilzinho, as escolas polos do município têm turma AEE. Mas, aquela criança que não está contemplada dentro da portaria do AEE? Eu, na semana passada, sai daqui, eu e a TO, fomos lá para um bairro do subúrbio, ainda tem esse problema de território, a gente atende metade do território de Salvador. É um menino que não tem questão comportamental, ele precisaria de um acompanhamento psicopedagógico rápido. E aí? Não tem isso. Às vezes, a gente conta com a faculdade. A faculdade Z tem um núcleo, mas também está lotado, não tem como encaminhar, e aí esses meninos ficam no limbo, é isso que acontece. Esses meninos ficam no limbo.

Nesse relato, notam-se também as dificuldades de mediação e na comunicação com as escolas. Mais uma vez, aparece a questão das dificuldades de comunicação entre a saúde e educação. Essas dificuldades também foram expressas nos questionamentos sobre desafios do CAPSi para atender as queixas escolares, como pode ser visto no seguinte trecho:

Porque é como se a gente tivesse falando uma língua e a educação falando outra língua e na verdade a gente está lidando com o mesmo sujeito. Eu acho que esse é um grande desafio, é fazer essa comunicação. Até para a gente entender qual o limite da escola, a escola entender os nossos limites também.

Alice se queixou do tamanho do território, impossibilitando de estabelecer uma relação mais efetiva com as escolas. Ela disse que as coisas acontecem por conhecimento pessoal ou pelo fato de uma escola telefonar com uma demanda. Assim, ela disse que esses são grandes desafios enfrentados no atendimento à queixa escolar, como expresso no seguinte trecho:

Primeiro, acho que a questão do território, se a gente tivesse um território menor, eu acho que seria muito melhor, a gente conseguiria fazer um trabalho com as escolas do território, só que não dá, infelizmente não dá. A gente consegue fazer um pouquinho na região que é a mais próxima da gente. Então, a gente consegue fazer uma coisinha, de ser parceiro, de eles telefonarem, às vezes, vem por conta de alguma demanda de algum bairro próximo. Recentemente, eu recebi um telefonema, acho que é GRE que chama. Em saúde é distrito sanitário, educação eu acho que é GRE, por causa de um paciente. A gente firmou parceria, a pessoa já me conheceu e a gente se encontrou. Ah, você poderia tal. Mas, assim, tudo isso, por intervenções pessoais, as pessoas que se conheceram, mas a gente não consegue fazer um trabalho efetivo junto às escolas por conta do território. Eu acho que esse é um grande desafio, a questão do território.

Outra questão que apareceu como desafio foi de a escola reconhecer que o saber pedagógico é dela, não do CAPSi. Alice expressa também em sua fala um entendimento de que boa parte das queixas escolares acontece devido à escola não saber lidar com a criança ou adolescente que foge ao seu padrão, tendo dificuldade de olhá-las como únicas. Essa fala dela ilustra esse entendimento:

Eu asseguraria 80% dos casos que a escola acha que ela não sabe, ela sabe lidar, ela só precisa saber chegar na criança, ela só precisa se apropriar, olhar aquela criança como única. Eu colocaria aí uns 20% que de fato precisaria de uma formação especializada, entendeu, mas a escola acredita que é 100%, ela acha que ela não sabe lidar com nenhuma criança que saia daquele padrão.

Ela também fez uma crítica às políticas de inclusão, dizendo que elas não contemplam as crianças com transtornos graves. Ela se queixou que a lei uniformiza, “diz que toda criança tem que estar dentro da sala normal o tempo todo, tem a turma AEE uma hora no turno oposto”. Assim, diz que a criança acaba não sendo pedagogicamente contemplada e opina dizendo que “Eu acho que a gente não consegue trabalhar cada criança diferenciada porque existe uma norma, que é importante, mas ao mesmo tempo também atrapalha”.

Questionada sobre as repercussões na vida escolar da criança ou adolescente derivadas da ida ao CAPSi, Alice respondeu que pode acontecer de forma negativa ou positiva. Em

relação às negativas, ela diz que pode ocorrer a desresponsabilização por parte da escola e família, pelo fato de o filho ser “doente”. No que tange à repercussão positiva, ela falou que quando consegue estabelecer um diálogo com a família e a escola, pode se tornar um espaço propício e acolhedor para a criança e adolescente. Ela ressaltou também a necessidade de ver como a rede daquela criança está funcionando, indo na escola dela e em espaços que ela frequenta.

No que tange à opinião sobre a educação pública brasileira, Alice respondeu que acha que “falta técnica, eu acho que é tudo desamarrado”, sente falta de “um comando maior que diga até que ponto a criança deve chegar”. Ela disse que não consegue enxergar na educação uma organização de habilidades e competências que a criança precisa alcançar em cada série, depende do investimento do profissional. Além disso, existem ideias boas, porém a execução é falha, a exemplo do sistema de ciclos:

Fica dependendo do investimento pessoal de cada profissional, eu não diria isso só em educação, eu diria em saúde também. Um exemplo, a escola desenvolve um projeto, aquilo ali está contemplado dentro de uma coisa maior? Qual o objetivo daquilo? Eu não sei se essas coisas são amarradas dentro da educação, ou se não eram ou agora estão sendo. Eu não sei dizer como é que funciona isso dentro da educação. Então, assim, eu acho que as coisas são muito desamarradas, a gente não tem um objetivo, o adolescente tem que chegar até os 17 anos dominando isso, isso e isso [...]. Vamos lá, o sistema de ciclos, a ideia é fantástica, só que ele é utilizado de forma incorreta. A criança, ela passa de uma série para outra dentro do mesmo ciclo sem ter desenvolvido as habilidades necessárias e que na verdade a proposta não era essa inicialmente, a proposta é que a criança que esteja em desenvolvimento, ela seja passada porque ela vai chegar no segundo ano do ciclo alcançando as habilidades. Só que a criança estagna no primeiro e não é trabalhada para que ela vá se desenvolvendo no segundo. Você está entendendo o que eu quero dizer? A ideia é boa, mas a execução não é boa.

Por fim, encerrando a entrevista, ela foi questionada se gostaria de acrescentar algo. Ela respondeu se queixando que “a prefeitura criou uma política de distanciamento entre a academia e o serviço”, dificultando que o serviço receba estagiários e tenha uma troca maior com a academia. Ela ressaltou que essa é uma questão que acha importante e é uma grande dificuldade da atual gestão.

8.2 ANA

Ana é psicóloga, se formou em uma faculdade particular de Salvador-BA, em 2013, e está no CAPS como oficinaira desde aquele ano. Ela fez concurso para oficinaira ainda quando estava na graduação em Psicologia. Segundo ela, tomou essa decisão, pois “eu ainda

era estudante e meu pensamento de fazer esse concurso foi de que seria um aprendizado na área de saúde mental, que é a área que tenho mais interesse, a área que eu mais gosto”.

Ela disse que não tinha muito interesse em trabalhar com crianças e adolescentes, mas, quando fez um curso de psicanálise com crianças, passou a se interessar pela área. Assim, quando precisava escolher o CAPS que iria, ela optou pelo CAPSi pesquisado. Na sua chegada ao serviço, ela comentou que teve que entender a saúde mental infantil e o trabalho de oficina e não teve uma equipe para recebê-la, como exposto abaixo:

Então, quando eu cheguei ao CAPS foi com essa ideia mesmo de entender o que era saúde mental infantil que eu não tinha noção, não tinha essa dimensão. E foi difícil porque lá não tinha ninguém para me dizer o que era ser oficina, o que eu tinha que fazer, não tinha uma estrutura na equipe para receber, então foi um momento bem difícil, como não tinha uma coordenação técnica, eu não sabia o que fazer lá.

Ana comentou também que durante a formação ela não viu muitas coisas relacionadas à saúde mental infantil e à infância e adolescência; que foram poucas disciplinas sobre essas temáticas, sendo que não citou nenhuma disciplina da área de educação. Questionada sobre o que viu na formação para atuar na área, respondeu:

Psicologia do desenvolvimento e [pausa] psicopatologia também. Mas, não tem muita, realmente você perguntando isso me faz ver que não tem muito, acho que falta muito uma formação nessa área. Porque é uma área que tem suas especificidades, a infância e adolescência também. Então, eu acho que falta muito na formação de psicologia. O que eu me lembro é desenvolvimento um, dois e três e psicopatologia que aí eu entrei em contato com o autismo, por exemplo. Mas, eu acho que falta muito na formação.

Indagada sobre o que pensa das crianças que chegam ao CAPSi encaminhadas com queixas escolares, ela respondeu que a queixa escolar era mais um dos fatores e que é necessário ver como a criança e a família estão funcionando. Comentou da necessidade de ver a criança de uma forma mais ampla, sem focar na queixa escolar. Além disso, reclamou que muitas vezes a escola chega com um relatório pedindo diagnóstico e medicação para a criança:

Só que quando a gente acolhe uma criança e a família, a gente não tenta reduzir isso. A gente tenta ver, ter uma visão maior de como está funcionando a família, como é que está a criança. A queixa escolar é uma das coisas, às vezes é o que mais aparece. A dificuldade de aprendizagem ou então a agitação na escola e aí vem relatório da escola se queixando que a criança não consegue prestar atenção. E aí a escola às vezes pede um diagnóstico do CAPS e medicação também. Então, eu já vi chegar muito com essa demanda da escola, mas a gente sempre tenta ver a criança de uma forma mais ampla. A gente nunca foca só na queixa escolar.

Ana disse que quando a criança é trazida tem sempre algo a dizer, a verdade dela, a qual não está nos relatórios. Assim, ela ressaltou que acredita que na escola não se escuta as

crianças e que o CAPSi é o espaço para escutá-las e saber o lugar que está ocupando na escola e família.

No que tange aos principais motivos que a escola tem encaminhado para o CAPS, Ana respondeu que tem chegado muitas crianças com dificuldades de aprendizagem, “agitação” e “agressividade”. Assinalou também que chegam muitas com queixas de que não conseguem prestar atenção na aula, que a criança não para quieta, relacionadas à “agitação”. Relatou também que recebe crianças e adolescentes que perdem de ano e que “batem nos colegas e na professora”.

Questionada do porquê a escola estar encaminhando essas alunas e alunos, Ana relacionou com a forma tradicional de ensinar, “de esperar que o conteúdo vai ser passado daquela forma e que todos têm que absorver da mesma forma que é esperado por todos”. Ela ressaltou que cada aluno tem seu tempo e sua maneira de aprender e que o ensino tradicional não está dando conta. O trecho abaixo ilustra essa maneira de entender a queixa escolar:

Eu acho que tem também uma questão da forma de ensino. A forma de ensino tradicional, de esperar que o conteúdo vai ser passado daquela forma e que todos tem que absorver da mesma forma que é esperado por todos, tipo, a professora que escreve no quadro, o aluno está sentado e copia, que faz o dever, que faz o dever em grupo, que consegue responder. Então, assim, tem algumas coisas que já são esperadas de um aluno e que se a criança desvia desse padrão, ela é considerada com algum tipo de problema ou então, até a forma de ensino de esperar que a criança vá aprender naquele tempo, passar o conteúdo daquela forma e que a criança vai ter que aprender e não perceber que a criança tem um tempo próprio dela de aprender. Algumas coisas que alguns alunos têm mais interesse e outras matérias não têm tanto interesse para ele.

Ana comentou também que acha que os encaminhamentos acontecem porque “a escola, às vezes, não entende muito bem o que seria uma equipe de saúde”. Ela também falou dos diagnósticos e que, em muitos casos, é uma maneira de a escola se desresponsabilizar da aluna ou aluno. Ela se queixou sobre a escola encaminhar pedindo diagnóstico e medicação e que em muitos casos falam coisas muito danosas para os pais e a criança ou adolescente.

Sobre as crianças que já chegam encaminhadas com o diagnóstico, ela falou da necessidade de desconstruir isso. Ela comentou que o sujeito está em constituição e que o diagnóstico pode ser iatrogênico para ele; ressaltou também a necessidade de ir à escola e conversar com professores e diretores e desconstruir esses pseudodiagnósticos:

Então, a gente faz todo um trabalho de desconstrução desses pseudodiagnósticos e dessa necessidade que, às vezes, os pais vêm de querer medicar e tenta também implicar a família e a escola. A ideia é, quando vem uma demanda da escola, sempre entrar em contato com a escola. Marcar uma visita na escola, conversar com os professores, conversar com o diretor, tentar desconstruir isso com eles, porque às vezes eles têm uma ideia mesmo de que a equipe de saúde vai diagnosticar e

medicar e a criança vai voltar perfeita sem sintoma nenhum, logo para ser inserida e seguir o padrão novamente, e às vezes não é assim, e a gente tem que realmente conversar sempre, sempre, se articular e discutir os casos juntos.

No que tange às repercussões que a ida ao CAPSi causa na vida da criança ou adolescente, Ana disse que as escolas chegam com muita angústia e quando se consegue fazer um trabalho articulado, a compreensão sobre a criança ou adolescente aumenta. Ela diz que acontecem repercussões muito boas quando o CAPSi consegue essa articulação, explicando para a escola que não é pela via de punir e nem de ficar apontando. Ela ressaltou também que a infância é uma fase diferente, é de constituição dessa criança e adolescente.

Após ser indagada sobre repercussões negativas que o encaminhamento para o CAPSi pode gerar na vida escolar da criança ou adolescente, ela disse que se não for uma passagem na vida da criança, pode trazer efeitos negativos. A criança pode cronificar e “seguir uma carreira de doente mental”.

Perguntada sobre os desafios que enfrentam no atendimento às queixas escolares, Ana respondeu que a falta de carro dificulta muito. Mesmo assim, ela disse que nos casos que não tem esse recurso, minimamente o serviço liga para a escola e pensa em uma ida lá para conversar com professoras/es e diretoras/es. Ela também falou sobre as dificuldades de comunicação entre saúde e educação, bem como os diagnósticos e o fato da criança não se interessar pela escola.

O desafio, às vezes, é de entendimento mesmo, porque é como se fossem coisas bem distintas, separadas, e não era para ser. A educação e a saúde. Não era para ser separado assim, parece que falam duas línguas diferentes, é a sensação que dá. E que não, era para ser pensado junto. E essa questão também dos diagnósticos, eu acho que é um entrave, porque vem mais atrapalhar do que ajudar, porque isso se popularizou tanto, isso entrou tanto no discurso social que as pessoas hoje falam como se fosse uma coisa muito banal, você falar que uma criança é hiperativa. E isso é falado e as pessoas até esperam que você reforce isso quando a equipe de saúde está lá e a equipe da escola. Parece que eles querem que reforcem justamente isso que eles já estavam pensando sobre a criança e é um entrave, é um desafio isso, é pensar numa outra perspectiva, é pensar a criança não como doente como às vezes encaixam. Não estou também demonizando a escola, é que o que a gente vê é muito isso, de você chegar lá, e você só ouvir queixa em relação à criança e você não ouvir nenhum ponto positivo dela. Então o que é isso, a criança não apresenta nenhuma forma de estar ali naquela escola, deve ter, sempre tem, alguma forma de estar, alguma coisa que desperte mais o interesse daquela criança e que pode ser uma via para a educação. Só que como tudo é muito pensado dentro de caixas, fica meio complicado.

Questionada sobre um caso que marcou no atendimento da queixa escolar, ela relatou o caso de um menino que chegou encaminhado ao CAPSi com queixa de agitação e agressividade, e que trouxe um relatório da escola anterior que só falava coisas negativas, de maneira que a escola atual não o acolheu e exigia do serviço diagnóstico e medicação. Mesmo

após sucessivas reuniões, Ana disse que o caso marcou, pois o CAPSi não conseguiu implicar a escola do menino e ele teve que ir para outra instituição de ensino. Nas palavras dela:

Então, assim, meio que as portas já estavam fechadas pela escola e foi uma coisa que marcou muito, porque a gente não conseguiu implicar eles de outra forma, então essa questão do diagnóstico foi muito forte, e da medicação também. Então, a gente não conseguiu ir por outra via, mas, felizmente, ele passou para outra escola que está mais tranquila, que as pessoas parecem ser mais compreensivas. E acho que por ter começado do zero, o CAPSi com a escola, sem um relatório cheio de coisas negativas sobre ele, acho que foi um ponto positivo. Mas, foi um caso que mobilizou a equipe toda lá no CAPSi.

No que tange a opinião sobre a educação pública brasileira, Ana acredita que a forma de ensinar atual não funciona mais. Ela disse que não gera interesse, não faz sentido para as crianças e adolescentes. Ela comenta que é necessário pensar em possibilidades, usar da tecnologia e outros meios para causar maior interesse no aluno. O seguinte trecho exemplifica a opinião dela:

Eu acho que a forma de ensinar já não funciona mais, funciona para alguns, mas para outros deveria se pensar outras possibilidades, né? Porque hoje em dia, pelo menos o que eu vejo, são as crianças muito mais ligadas à tecnologia, por exemplo, que às vezes tem uma facilidade para sei lá, mexer num *tablet* e que às vezes a escola não acompanha essas coisas, fica um pouco atrás disso. Então, não só da tecnologia, mas da forma de passar o conteúdo [...] é um depósito ali e a criança tem que pegar aquilo daquela forma. Então, eu acho que precisa de mudanças, na base mesmo, na forma de falar sobre gramática, como passar história de uma forma que a criança se interesse e tenha algum sentido para ela. Porque da forma que o ensino é passado, não tem sentido nenhum.

Perguntada se tinha algo a acrescentar, Ana respondeu que essas perguntas a fizeram pensar e que não é que ela quis demonizar a escola, mas que ela tem visto a questão do diagnóstico, da medicação e da medicalização de forma muito marcante. Ela destacou novamente a necessidade de desconstruir esses diagnósticos que chegam da escola no atendimento. Por fim, ela falou também que é necessário articular o CAPSi e a escola, pensando em estratégias para crianças e adolescentes.

8.3 JAQUELINE

Jaqueline é assistente social e foi uma das pessoas responsáveis pelo processo de construção do primeiro CAPS de Salvador. Segundo ela, “foi uma experiência pioneira, pois não existia outro serviço com essa característica na cidade”, sendo que essa foi a segunda experiência em saúde mental de Jacqueline; antes ela tinha trabalhado em um hospital de curta internação. Foi a equipe desse hospital que montou o primeiro projeto de CAPS de Salvador.

Depois, ela atuou em outro CAPSi e chegou no serviço pesquisado através de um concurso realizado pela prefeitura municipal.

Ela se formou em uma universidade particular e comenta que, na sua formação, não viu nenhuma discussão sobre a saúde mental infanto-juvenil. Nas suas palavras, “tinha saúde mental, mas era optativa e eu não fiz e eu lembro também que eu tinha medo, eu nem imaginava que eu iria trabalhar com saúde mental”. Jaqueline acrescenta que só conseguiu ver discussões sobre a infância e adolescência em uma pós-graduação em educação para as primeiras idades que ela fez.

No que tange às crianças e adolescentes encaminhadas ao CAPSi com queixa escolar, Jaqueline observa que um fator que chama atenção nesses casos é que existe alguma coisa desencaixada na relação família, escola e a criança ou adolescente. Ela também destacou que a escola sempre vai na questão do comportamento e ainda interrogou o fato de nunca ter recebido um encaminhamento da escola relacionado ao uso de substâncias psicoativas. Assim, ela indagou o fato de a escola estar encaminhando questões de comportamento, levando em consideração as condições materiais da sala de aula, como pode ser visto no trecho abaixo:

E aí eu fico me perguntando por que a escola não encaminha menino que usa droga quando a gente sabe que dentro da escola acontece tráfico, quando a gente sabe que dentro da escola há muitos meninos que usam a substância. Adolescentes com mudança de comportamento por conta do uso de substância. E aí elas não mandam e é para se pensar, não mandam por que tem medo? Por que tem medo de sofrer represália? E aí podem ser outras coisas, mas que é uma questão também importante e não aparece. E aí eu fico com a impressão também que a escola deixa esses casos de lado. Não estão levantando nenhuma questão em relação a isso, mas sim em relação a comportamento. Aí você vai numa escola, se depara com uma sala com 35 meninos com oito anos, a escola sem nenhuma área de lazer, sem nenhum atrativo e a professora lá sozinha para dar conta de tudo.

Perguntada sobre os principais motivos que a escola tem encaminhado para o CAPSi, Jaqueline disse que muitas crianças têm chegado com o diagnóstico pronto de hiperatividade. Ela também relatou que, na maioria das vezes, o que tem chegado para ela nesses encaminhamentos são questões de comportamento e aprendizagem. Acrescentou que as questões de aprendizagem podem ser de duas ordens: uma relacionada a uma deficiência intelectual e outra por causa da escola. Ela se queixou que esses não seriam casos para CAPSi e não deveriam ser atendidos lá.

Na maioria das vezes, o que chega para mim é questão de comportamento ou de aprendizagem, de aprendizagem poucos. Tem alguns casos de aprendizagem que, de fato, o menino tem uma deficiência intelectual, mas outros você vê que a questão da aprendizagem está justamente relacionada com a escola. Ele não aprende por conta da escola, o método de ensino, atenção, então não são casos de transtorno mental severo e persistente como é indicado para o CAPSi atender, não é. Não são casos assim, são casos que a resolutividade dele estaria em outra instância, outra esfera, o

que acontece, infelizmente, é que alguns desses meninos são admitidos no CAPSi e ficam lá, que é outro absurdo. Eles acabam ficando no CAPSi sem ser esse o lugar para eles.

Questionada como está acontecendo o tratamento dessas crianças e adolescentes encaminhadas pela escola que não são para ficar no CAPSi, Jaqueline cita três tipos de situações relacionadas a elas: as com transtorno mental leve, deficiência intelectual e as que não têm problemas relacionados à escola. Segundo Jaqueline, os casos de transtorno mental leve podem ter uma questão mais emocional, referem-se a crianças e adolescentes com algum grau de sofrimento psíquico e que não teriam um transtorno mental severo e persistente. Ela relatou que, segundo a portaria que institui o CAPSi, essas crianças deveriam estar sendo atendidas na atenção básica, mas têm sido atendidas em psicoterapia pelas psicólogas do CAPSi, encaminhadas para serviços de psicologia ou ficam no chamado “limbo”, pois os serviços de psicologia estão cheios, e Salvador não conta com um ambulatório da infância.

Com os chamados transtornos mentais leves, que pode ser uma questão mais emocional... Às vezes, ficam no CAPSi, sim, há psicólogos lá que ficam fazendo psicoterapia com esses meninos. E que também, segundo a portaria, esses meninos eram para estar sendo atendidos na atenção básica, mas a atenção básica ainda não atende esses meninos. E muitos deles não ficam no CAPSi também, muitos deles que chegam para o acolhimento, vão para o limbo. Porque Salvador, se você se perguntar: o que existe de ambulatório de infância? Eles vão para onde? Para as faculdades. As faculdades funcionam enquanto aquele aluno está lá por um período determinado, eles entram de férias e não tem atendimento, troca de estudante que está atendendo aquele menino. E muitos nem vão para a faculdade, e aí tem outra coisa que é a questão territorial. Tem alguns meninos que não tem família, não tem dinheiro para o transporte. Então, quem tem uma questão que não é um transtorno mental severo e persistente, mas é um sofrimento psíquico, alguns casos ficam no CAPSi, outros casos ficam no limbo. Acho que a grande parte está no limbo.

Os casos de deficiência intelectual, Jaqueline diz que o CAPS entende como aquelas crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem que tem alguma limitação orgânica ou é comorbidade de algum transtorno. Ela comenta que essas crianças precisariam de acompanhamento psicopedagógico e o equipamento não conta com essa especialidade e faltam lugares na rede para encaminhá-las. Ela também disse que muitos desses casos são acompanhados apenas pela/o psiquiatra do CAPSi com o tratamento medicamentoso e ficam lá até adultos.

E aí tem alguns, que eu estava aqui lembrando, com deficiência intelectual, que eles não são atendidos por nenhum profissional a não ser psiquiatra. Ai o psiquiatra passa medicação e mais ninguém da equipe vê. E têm alguns desses também que eu percebo que a equipe não se aproxima. E eu acho que nem cogita encaminhar para algum lugar e aí vão ficando e se tornam até adultos ficando no serviço, mas sem que seja de fato aquele serviço o indicado para ele. E aí tem uma questão também que a gente não conta com a rede da pessoa com deficiência estabelecida ainda em Salvador. E nunca se sabe para onde encaminhar essas crianças. As instituições habilitadas para atender criança com deficiência intelectual e/ou autismo, elas nunca tem vaga. Então esses meninos acabam ficando no CAPSi.

Por fim, Jaqueline falou também das crianças que não têm um transtorno mental leve e nem uma deficiência intelectual. Ela comentou que questões amplas estão subjacentes a esses encaminhamentos como “a quantidade de alunos, o tanto que o professor tem que trabalhar, a falta de investimento do governo na educação” e até as questões familiares no momento em que a criança está sendo alfabetizada. Ela disse que muitos desses casos não ficam no CAPSi, são recusados e/ou encaminhados para psicoterapia e que em algumas situações ela os atende mesmo sem ser para lá.

Destaca-se nesses três casos a questão do “limbo” mais uma vez presente. A partir da sua resposta, nota-se que muitas crianças que chegam com queixa escolar estão sem lugar, ficando largadas na rede sem um local para atendimento. Sobre esse “limbo”, Jaqueline o define como “o lugar da desassistência”, essas crianças não encontram lugar para serem atendidas na rede e ficam desassistidas. Ela comenta que, na medida do possível, o CAPSi tenta atender esses casos que não seriam para lá, mas o serviço já está cheio.

Muitas vezes no acolhimento tem pessoas que eu fico sabendo que elas não são para lá. Dou um suporte por um tempo até eu ver se consegue psicoterapia em algum lugar ou até a pessoa se estabilizar um pouco mais. Mas, assim, esse lugar não é no CAPSi, a gente não tem alguém que atenda. Onde é o lugar desses meninos? É a desassistência, infelizmente. E eu acho também que os CAPSi estão muito cheios desses meninos, que chegam para o acolhimento, muito cheio de deficiência intelectual.

No que diz respeito à relação do CAPSi com as escolas, Jaqueline se queixou que o CAPSi faz um serviço bem pontual, “discute o caso dos meninos e pronto”. Ela disse que apesar de a visita às escolas ser feita com uma relativa frequência, não é um matriciamento, não se faz uma discussão mais ampliada sobre questões relativas à saúde mental nas escolas, por exemplo. Sobre essa questão, Jaqueline comentou que:

A coisa é bem pontual, a discussão de caso, fulano estuda em tal escola e ai a gente vai lá para discutir o caso com ela. Então, é essa coisa bem... assim, essas visitas são feitas até com uma relativa... alguns profissionais fazem com uma relativa frequência, mas não é uma discussão ampliada, por exemplo, discutir questões de saúde mental com a escola. Discutir saúde mental com as escolas do distrito, isso, por exemplo, não existe. Não existe uma forma de orientar professor com relação a esses encaminhamentos, essa conversa é pontual e em cima de um caso que já chegou no CAPSi. Não se tem nenhum outro tipo de intervenção, não tem.

Questionada do porquê ela acha que essas crianças estão sendo encaminhadas para o CAPSi, ela relacionou com a questão da patologização da educação e uma divulgação dos diagnósticos, de forma que “todo mundo diagnostica o outro como hiperativo ou depressivo, autista agora também está na moda”. Outra questão levantada por ela foi o desespero das/os professoras/es para conseguir dar suas aulas.

Quanto aos desafios que o CAPSi enfrenta no atendimento das queixas escolares, ela falou sobre a dificuldade de intervir territorialmente, relatando que o equipamento não consegue fazer uma aliança entre a escola, a atenção básica e a família. O contato na maioria das vezes acontece somente com a instituição escolar. Ela também falou da questão do território como outro fator que interfere fortemente.

No que tange a um caso importante que lhe marcou no atendimento às queixas escolares, Jaqueline relatou a situação de um menino que tinha um histórico familiar bem difícil devido à mãe ser alcoólatra. Esse menino tinha uma questão com a fala, ele não conseguia se comunicar e ficava muito inquieto. Já tinha passado por uma sala de AEE e a professora dele reconhecia que era uma questão de fala, de forma que Jaqueline comentou que esse caso foi bem marcante para ela. Mesmo não sendo caso para o CAPSi, ela o atendeu por falta de lugares para onde encaminhar:

A pessoa que dava o suporte a essa sala, a professora disse “eu reconheço que a questão dele é só de fala” e ele veio para o CAPSi e aqui não tem fono. E mesmo que tivesse, o lugar dele não era lá, ele não tem transtorno mental. E aí tem uma questão dele com essa mãe, que essa mãe é um completo descuidado com esse menino, ela não cuida dele como deveria. Ela bebe, nunca procurou atendimento com fono, não foi a primeira vez que ela foi encaminhada e a escola mandou para a gente. E aí assim, se a gente pensar que na rede de Salvador, no município, só tem dois fonos e que não estão nos CAPSi, não trabalham em CAPSi, e aí eu fico pensando no futuro desse menino que tem uma questão só de fala. Se ele continuar falando dessa forma, entrando na adolescência, ele está com oito anos, se eu não me engano, oito ou nove anos, ele vai sofrer mais *bullying* do que ele sofre.

Jaqueline também falou que outra questão que a marca tem a ver com a estrutura precária das escolas que ela visita. Relatou uma situação de uma escola em que a diretora teve que colocar o próprio celular a serviço da instituição, pois a secretária de educação não colocou telefone lá. Ela também falou de outra visita em que a escola não tinha espaço para o recreio e as crianças tinham que ter horários diferentes de intervalo.

São construções horríveis, são construções terríveis e colocam os meninos dentro, e a família acha que está fazendo o melhor, né? Talvez aquelas professoras achem que estão fazendo o melhor, mas aquele dano ali sendo causado a eles, é inevitável esse dano. Porque a gente não se dá conta às vezes do ambiente, do aspecto físico do local, isso já causa um dano, sem material.

No que se refere a sua opinião sobre a educação pública, Jaqueline ressaltou a falta de investimento na educação básica e que as escolas estão formando gerações de crianças que não sabem ler nem escrever. Ela expressou também a estrutura ruim das escolas e do próprio CAPSi. Afirmou que isso reflete na forma que as/os profissionais olham para as crianças, nos preconceitos raciais e de classe, que o pouco que têm lá já seria muito para aquele tipo de público. Um trecho que ilustra essas questões pode ser visualizado abaixo:

E acho que isso também reflete na forma do CAPSi olhar para as crianças, é como se aquele CAPSi horrível do jeito que ele é, o CAPSi é muito ruim, ele é muito ruim. E acho que quem trabalha lá não se dá conta disso de verdade. Eu acho que as pessoas acabam não olhando para aquilo como ele é ruim, mas acho que não faz por mal não, mas fazer para suportar, para sobreviver. E aí acabam fazendo coisas, “ai que bacana que fiz isso, que bom que fiz isso né”, é bom e é bacana para aquele tipo de gente. Talvez não fosse bom e bacana para o filho da pessoa que faz, para aquele tipo de gente que vem no CAPSi, que é gente que não merece mais, porque é preto, porque é pobre, porque realmente não tem muita coisa mesmo.

Questionada se tinha algo para acrescentar, ela ressaltou suas perspectivas negativas em relação às políticas públicas de saúde e educação. Ela se queixou da nota de 4,7 de 10 obtida na educação básica em Salvador, do fato de ter apenas dois CAPSi na cidade e de suas equipes serem despreparadas. Assim, ela concluiu dizendo que gostaria de ter coisas boas para acrescentar, mas não tem.

9 INTERLOCUÇÕES TEÓRICAS

A partir da análise dos prontuários, verificou-se que o perfil das/os pacientes atendidos no CAPSi são predominantemente meninos, com idade próxima dos 10 anos, que estudam no ensino fundamental I e em situação socioeconômica de pobreza ou extrema pobreza. Os dados apontaram uma presença relevante de encaminhamentos das instituições escolares e a prevalência de diagnósticos do transtorno do espectro autista e de retardo mental, sendo que este não está entre as atribuições do CAPSi. Mais da metade das crianças e adolescentes atendidas tinham menções à escola ou situações envolvendo o processo de escolarização (55%), o que indica a existência de muitos casos em que a queixa escolar está presente no equipamento. Esses resultados estão em consonância com as pesquisas realizadas sobre a presença da queixa escolar nos serviços de saúde. (BORDINI et al, 2012; BELTRAME; BOARINI, 2013; MEDEIROS; BRAGA; JESUS, 2013; VIÉGAS, 2014b; SOUZA; BRAGA, 2014; VIEGAS; FREIRE; BOMFIM, no prelo)

Destrinchando o perfil das crianças e adolescentes que têm essas queixas, levantou-se que em sua maioria são meninos, em situação de pobreza ou extrema pobreza, provenientes da educação infantil e do ensino Fundamental I (período escolar de aquisição da leitura e escrita), encaminhados por demanda espontânea e pelas instituições escolares. Entre os diagnósticos psiquiátricos atuais, foi encontrado a presença do retardo mental, TDAH e do transtorno do espectro autista. Ressalta-se que o TDAH tem sido alvo de muitas críticas nos últimos anos, estando intrinsecamente relacionado aos processos de medicalização da educação. (LIMA, 2005; VIÉGAS; OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO, 2015; LIMA, 2016)

Sobre o TDAH, Lima (2016, p.67) tece as seguintes críticas:

Carro-chefe do processo de “expansão” da psiquiatria infantil, o TDAH praticamente se transformou em um “diagnóstico escolar”, já que a sala de aula é o principal palco onde se realizam as demandas de tenacidade e autocontrole, necessárias para os imperativos de desempenho e eficácia. A falha em atingir a performance desejada, na lógica do TDAH, equivaleria a um “transtorno” a ser localizado na criança, independentemente do contexto escolar e psicossocial mais amplo. Como se não bastasse, no DSM-5 houve uma mudança no critério da idade da instalação do quadro: não mais até os sete anos, mas até os 12, o que, em princípio, amplia ainda mais o público-alvo do diagnóstico.

Ribeiro (2015) aponta que o TDAH reflete o processo de naturalização e biologização do desenvolvimento humano, de forma que ele demonstra uma análise superficial e não compreensível entre o desenvolvimento biológico e o cultural do homem. A partir de uma leitura através da psicologia histórico-cultural, a autora afirma que os critérios de classificação, definição e diagnóstico desse suposto transtorno, pecam em confundir a atenção

voluntária, uma função psicológica superior e característica do desenvolvimento cultural, com a atenção involuntária, uma função psicológica elementar, biológica e orgânica. Ela também traz que os comportamentos e manifestações decorrentes do TDAH denunciam mais aspectos da própria escola que produzem a dificuldade de escolarização.

Dessa maneira, a presença diagnósticos de TDAH entre as queixas escolares no CAPSi indica que o equipamento tem participado do processo de medicalização da educação. Ao interpretar o conjunto de sintomas como decorrente desse suposto transtorno, que estão diretamente relacionados com a escola, como uma “disfunção neurológica”, o equipamento participa da lógica de biologizar os processos de escolarização e desenvolvimento humano. Outro dado que indica também esse processo é o diagnóstico do retardo mental, especificamente o retardo mental leve presente nos prontuários, relatos ampliados e entrevistas.

Primeiramente, vale ressaltar que o fato desse tipo de diagnóstico estar sendo atendido no CAPSi reflete a precariedade da rede de serviços públicos na cidade do Salvador. As profissionais se queixaram na entrevista e nos relatos que estavam atendendo os casos de retardo mental, pois as instituições públicas voltadas para esse público na cidade eram precárias e estavam superlotadas. Assim, o equipamento está atendendo esses casos que não constam entre as suas atribuições. (BRASIL, 2004)

Sobre o retardo mental leve, em sua dissertação de mestrado intitulada “A produção social da deficiência mental leve”, a pesquisadora Jaqueline Kalmus (2000) questiona a existência dessa entidade nosológica independente das práticas sociais das quais ela se manifesta, levando em consideração a existência de uma literatura crítica sobre o assunto²³. Ela assinala que esse diagnóstico tem servido para o processo de exclusão, segregação e rotulação, principalmente das crianças das classes pobres, criando manifestações *a posteriori* que são consideradas impropriamente como causas e não efeito do fracasso escolar. Ou seja, através do rótulo conferido a elas como incapazes e “deficientes”, essas crianças e adolescentes se comportam como “autênticos deficientes”. Porém, as pesquisas mostram que fora do contexto escolar, essas crianças demonstram as mesmas habilidades cognitivas e afetivas que seriam necessárias para os processos de aquisição de conteúdos escolares.

²³ A pesquisadora se refere ao retardo mental leve como deficiência mental leve. Portanto, esta pesquisa julgará os dois termos como equivalentes.

O conceito de “debilidade mental” teve suas origens na idiotia e surgiu a partir da divulgação da escala de inteligência²⁴ de Binet, nos Estados Unidos, pelo psicólogo H.H. Goddard. Criador desse termo, ele defendia que diferentemente dos “idiotas”, os débeis mentais poderiam passar despercebidos e representavam um perigo para a sociedade americana. Dessa maneira, deveriam ser identificados, segregados e impedidos de procriar, a fim de “evitar a deterioração da estirpe do povo americano”. (GOULD, 2014)

A “debilidade mental” constitui o que hoje é chamado de retardo mental, apontando que a gênese histórica desse conceito relaciona-se com a eugenia, o higienismo e o pensamento segregacionista, de maneira que Kalmus (2000, p.84) pondera:

Mesmo não podendo afirmar cabalmente a inexistência da deficiência mental leve, podemos afirmar que, na escola, o conceito se presta à justificativa do fracasso escolar do pobre. A atribuição de responsabilidade às próprias crianças pelo seu fracasso, designando-as como deficientes mentais leves, cria uma situação que legitima as práticas escolares excludentes. Legitima as classes especiais para deficientes mentais, lugares onde pouco se aprende e pouco se ensina.

Nos relatos ampliados, foi possível constatar que, em muitos casos, queixas escolares atendidas no CAPSi nas quais não se identifica nenhum transtorno mental grave ou moderado, estão recebendo o diagnóstico de retardo mental leve e sendo encaminhadas para salas de AEE, salas multifuncionais e para Centros de Educação Especializada. Kalmus (2000) questiona também se esse encaminhamento para as “classes especiais ou dos fracos” pode contribuir para o processo de exclusão e segregação. Rotuladas como “incapazes”, essas crianças, ao serem encaminhadas para essas salas, tendem a viver processos que reforçam ainda mais o diagnóstico e a estigmatização.

Com isso, a partir dos resultados encontrados, questiona-se esse alto número de diagnóstico de retardo mental e o encaminhamento para salas de AEE e recursos multifuncionais²⁵. O trabalho realizado por Machado (1994) aponta para os efeitos desses encaminhamentos, demonstrando que separar a/o aluna/o com problemas no processo de escolarização potencializa a diferença a ser vivida como negação, como algo menor. Assim, torna-se necessário investigar os efeitos desses diagnósticos e encaminhamentos nas crianças e adolescentes.

²⁴ Esse psicólogo considerava que existiria um gene responsável pela inteligência. A inteligência seria inata e estava intrinsecamente ligada ao tipo e grupo social que a pessoa nascia. Dessa maneira, ele defendia que a “debilidade mental” estaria mais presente nas/os negras/os, índias/as, latinas/as e imigrantes do sul da Europa. (GOULD, 2014)

²⁵ Não é objetivo desse trabalho discutir a educação inclusiva e o trabalho realizado em tais salas. Questiona-se, no entanto, os efeitos do encaminhamento de crianças e adolescentes, sobretudo aquelas medicalizadas, para espaços que funcionam de forma estigmatizante.

Outro aspecto encontrado nos prontuários que aponta para o processo de medicalização da educação, tendo como consequência o encaminhamento para serviços de saúde, foi o perfil das queixas escolares levantadas através dos prontuários. A maioria das queixas escolares dizia respeito a problemas de comportamento, dentre os quais se destacaram descrições de “agressividade”, “inquietação”, “hiperatividade” e “nervosismo”. Chama atenção que na ficha de acolhimento não havia descrição do contexto ou situações em que esses comportamentos foram expressos.

Antes de atribuir ao indivíduo rótulos de “agressividade”, “hiperatividade” e “inquietação”, é necessário pensar o contexto social mais amplo e como ele afeta as pessoas e instituições. O psiquiatra inglês Donald Laing assinala a impossibilidade de separar o indivíduo da sociedade, interior do exterior, de forma que, mesmo em comportamentos aparentemente irracionais, como os presentes em casos de psicose, é necessário considerar o contexto das relações e das instituições. Para Laing (1968, p.15-17 apud PATTO, 2009, p.410):

Uma lição fundamental que quase todos os estudiosos das Ciências Sociais aprenderam é que a inteligibilidade dos acontecimentos sociais exige que eles sempre sejam vistos num contexto que se estende espacial e temporalmente. [...] À medida que partimos de micro-situações e nos dirigimos a macro-situações, verificamos que a aparente irracionalidade do comportamento numa pequena escala assume certa forma de inteligibilidade quando visto num contexto. Movemo-nos, por exemplo, da aparente irracionalidade de um único indivíduo ‘psicótico’ para a inteligibilidade dessa irracionalidade dentro do contexto da família. Por sua vez, a irracionalidade da família deve ser situada no contexto de suas redes circundantes, as quais devem ser vistas no contexto de organizações e instituições ainda maiores. Esses contextos mais amplos não existem lá fora, num lugar periférico do espaço social: eles penetram nos interstícios de tudo o que abrangem. [...] Comecei tentando ver através da densa opacidade dos acontecimentos sociais, estudando certas pessoas tachadas de psicóticas ou neuróticas, como as que vemos nos hospitais de alienados, unidades psiquiátricas e clínicas de pacientes não hospitalizados. Comecei a ver que estava envolvido no estudo de situações, e não apenas de indivíduos. [...] O comportamento dessa gente era considerado como sinais de um processo patológico em andamento dentro delas [...] Uma pessoa não existe sem um contexto social; não se pode tirar uma pessoa do seu contexto social e ainda considerá-la como pessoa ou agir em relação a ela como tal. E se não agimos para com outrem como pessoa, despersonalizamos-nos a nós mesmos.

Segundo o Mapa da Violência de 2016, Salvador registrou, em 2014, a taxa de 1.102 homicídios por armas de fogo a cada 100 mil habitantes. No período de 10 anos, de 2004 a 2016, a cidade subiu da 16ª para a 8ª colocação no índice das capitais brasileiras que mais registram homicídios por arma de fogo. O perfil das vítimas são predominantemente do sexo masculino, negros, com idade média entre 15 e 29 anos e em situação socioeconômica de pobreza, perfil condizente com população atendida no CAPSi. (WAISELFSZ, 2016)

Dessa maneira, para entender o que é chamado de violência, torna-se necessário compreender o contexto de desigualdade e violência da sociedade brasileira e da capital baiana. O contexto de vulnerabilidade social e de todas as desigualdades resultantes deles (gênero, raça, classe etc.) está presente também nas instituições. Quando se fala desses comportamentos dentro da escola ou família, tem que se considerar do contexto macro até o micro.

Com isso, a presente pesquisa aponta para a importância de, no momento do acolhimento das queixas escolares, o CAPSi incorporar o contexto em que tais demandas se dão. Destaca-se como situações frequentes a vulnerabilidade social das famílias em condição de pobreza, e o fato de que o sistema público de ensino tem historicamente contribuído com a produção do fracasso escolar, atribuindo ao indivíduo questões de ordem social.

A partir do que foi visto nos relatos ampliados, nota-se que as/os profissionais desse CAPSi convivem todos os dias com obstáculos objetivos para a realização de um trabalho com a complexidade que a atuação nessas instituições demanda. A falta de salas, salas sem estrutura, falta de materiais, falta de carro para as visitas, a sobrecarga de trabalho, a falta de locais na rede para encaminhar e um território enorme para dar conta são bem concretos, e vem produzindo desgastes físicos e psíquicos nas/os profissionais. Além disso, notam-se as dificuldades do trabalho em equipe, traduzidas, na fala de uma das participantes da pesquisa, na existência de duas equipes com concepções diferentes sobre o serviço (uma acha que é um lugar transitório e outra que entende que as/os usuárias/os devem permanecer lá).

No que tange a queixa escolar, nota-se que muitas crianças já chegam da escola pseudodiagnosticadas, com destaque para a hiperatividade. Trata-se da medicalização da educação, fortemente presente nos depoimentos das participantes da pesquisa, que se queixaram da expectativa de oficialização do diagnóstico e prescrição de medicamentos. Considerando a dimensão do território, a falta de carro e o excesso de trabalho, além de visões distintas sobre o fenômeno no interior do CAPSi pesquisado, amplia-se a dificuldade de estabelecer uma parceria profícua com as escolas.

Chama atenção que esses resultados também foram encontrados em outras pesquisas realizadas sobre o atendimento das queixas escolares nos CAPSi ou instituições de saúde mental. A medicalização da educação têm feito com que cada vez mais crianças sejam encaminhadas aos serviços de saúde mental. Dificuldades de escolarização são vistas como transtornos psíquicos, necessitando de intervenção da equipe de saúde. (MARÇAL; SILVA, 2006; BELTRAME; BOARINI, 2013)

Nas observações participantes e nos prontuários, foi possível notar que as escolas têm sido um dos lugares que mais encaminham crianças e adolescentes. Com a superlotação do serviço, muitas vezes o equipamento acaba ocupando o lugar de ambulatório, impossibilitando de realizar um atendimento de caráter psicossocial, conforme o que está preconizado na política (BRASIL, 2004). Ressalta-se o fato que essa precarização e a maneira que ela interfere no atendimento, sobretudo a queixa escolar, também estiveram presentes no trabalho de Beltrame e Boarini (2013) em um CAPSi no Paraná, apontando que essa não é uma questão apenas da cidade do Salvador.

A questão dos benefícios também esteve bastante presente. O CAPSi atende uma população pobre e que, no modelo de política pública vigente, acaba necessitando desse diagnóstico para ter acesso a benefícios como BPC, passe livre e até mesmo para matricular suas/seus filhas/filhos na escola. Direitos sociais condicionados a um diagnóstico e escolas que cobravam diagnósticos e tratamento para alunos com problemas no processo de escolarização dos serviços de saúde foram elementos preponderantes no dia a dia da instituição.

Especificamente sobre a questão dos benefícios, retoma-se o conceito de Biocidadania ou Cidadanias Biológicas do Nikolas Rose (2013). O autor situa o tema na história política dos “projetos de cidadania”, ou seja, é o modo como as autoridades pensam as pessoas como potenciais cidadãos. No tempo histórico atual, as cidadanias biológicas sofreram mudanças do que eram no começo do século XX.

Segundo Rose (2013), se antes os estatutos genéticos de raça eram usados para definir políticas sociais eugenistas e higiênicas, forjando subjetividades passivas ao poder médico, esse cenário sofreu importantes modificações nos tempos atuais, atendendo a interesses econômicos. A linguagem biológica e biomédica adentrou no cotidiano das pessoas, formando cidadãos de novas maneiras nas deliberações, cálculos e estratégias de peritos e de autoridades. A identidade das pessoas passou a ser marcada pela emergência de categorias advindas do modelo biomédico, tais como a criança com TDAH ou a mulher com distúrbio pré-menstrual. No dizer de Rose (2013, p.201),

Formar cidadãos biológicos também envolve a criação de pessoas com determinado tipo de relação consigo mesmas. Tais cidadãos usam de linguagens biologicamente colóricas para descrever aspectos de si mesmas e de suas identidades, e para expressar seus sentimentos de infelicidade, indisposições ou situações desagradáveis. Por exemplo, elas descrevem a si mesmas como tendo altos níveis de colesterol no sangue, como vulneráveis ao estresse, como sendo imunodeficientes, ou como tendo predisposição hereditária para câncer de mama ou esquizofrenia. Elas usam tais frases ou tipos de cálculo para o qual estão ligadas para fazer julgamentos em relação a como poderiam ou deveriam agir, os tipos de coisas que

temem, os tipo de vidas por que podem esperar. Em parte, naturalmente, as linguagens que modelam as autocompreensões e as autotécnicas dos cidadãos são disseminadas mediante canais autorizados: educação sanitária, aconselhamento médico, livros escritos por doutores acerca de determinadas enfermidades, documentários na televisão que mostram pessoas lutando contra certas doenças.

A cidadania biológica trouxe um ideal de bem-estar baseado em modelos biomédicos e científicos, que reconhece tanto quanto indeniza a ofensa biológica. Tendo em vista esse ideal, começou-se a exigir uma série de proteções individuais através de políticas governamentais, como acesso a medicamentos e tratamentos especializados. Nesse contexto, destaca-se o surgimento de grupos de pacientes e familiares que passaram a cobrar das autoridades acesso a uma série de serviços médicos especializados, impulsionados, sobretudo através da internet. (ROSE, 2013)

A internet ofereceu um poderoso meio para as pessoas se informarem acerca de sua saúde e doença, influenciando nesse processo de automodelação biomédica. Ela também possibilitou acesso e comunicação entre cuidadores e pacientes, compartilhando terapias e formas de acesso aos sistemas de saúde. De olho nesse movimento, a indústria farmacêutica começou a investir pesado no “*marketing* direto ao consumidor”, divulgando seus produtos e fazendo *lobby* entre os grupos de familiares e pacientes, engajando-se ativamente na autoeducação dos cidadãos biológicos. (ROSE, 2013)

Segundo Rose (2013), esses grupos farmacêuticos “criam e financiam muitos dos grupos de suporte ao consumidor que surgiram em torno de distúrbios desde o transtorno do déficit de atenção (TDAH) a epidermólise bolhosa (EB)” (p.203). Toda essa propaganda na internet e televisão serve para apresentar seus produtos como benéficos, bem como para educar seus consumidores reais ou potenciais. Nesse sentido, o papel da autoridade biomédica modifica: ela passa a não mais incentivar um paciente passivo e obediente, e sim encorajá-lo a conhecer sobre seu transtorno ou doença, trabalhar junto ao médico no tratamento, engajar-se em autotécnicas para acelerar o processo de recuperação e solicitar a prescrição de medicamentos. (ROSE, 2013)

Porém, e essencialmente nos países da periferia do capitalismo, outro elemento importante tem influenciado nas cidadanias biológicas: uma parte grande dos segmentos mais empobrecidos da população passou a negociar os termos de sua inclusão social e econômica utilizando-se do estatuto biológico. Com fins de sobrevivência, esse segmento passou a exigir acesso a recursos e direitos sociais com a alegação de serem prejudicados biologicamente, criando um tipo de bem-estar social estimulado por critérios médicos e científicos. (ROSE, 2013)

Depreende-se que esse tipo de inclusão refere-se ao que José Martins (1997) chama de “inclusão precária e instável, marginal” (p.26). O autor denuncia que a sociedade capitalista exclui para depois incluir de outro modo, através de sua própria lógica. Com a diminuição dos postos de trabalho e o desemprego estrutural no capitalismo atual, “o tempo em que o trabalhador passa a procurar trabalho começou a se tornar excessivamente longo e frequentemente o modo que encontra para ser incluído é um modo que encontra certa degradação” (MARTINS, 1997, p.32).

A questão é como ocorre essa reinclusão, ela acontece no plano econômico, a pessoa consegue ganhar algum trocado para sobreviver. Mas, ela não se dá no plano social, a reintegração não se dá sem que ocorram prejuízos para as pessoas. Com isso, Martins (1997, p.36) assinala que se vivencia uma nova desigualdade, em que as pessoas são incluídas de forma perversa no plano econômico para garantir a sua existência e manter o consumo e a circulação de mercadorias e serviços:

O que nós estamos observando é que nesses guetos, nessas áreas de excludência a que nos referimos, as pessoas estão incluídas economicamente, ainda que de modo precário, mas estão criando um mundo a parte. Isso acontece em outros países. A nossa sociedade está se transformando numa sociedade dupla, duas “humanidades” na mesma sociedade. De um lado, uma humanidade constituída de integrados (ricos e pobres). Todos, inseridos de algum modo, decente ou não, no circuito reprodutivo das atividades econômicas: todos têm o que vender e o que comprar. Essa é a nova desigualdade. Além disso, têm direitos reconhecidos, têm um lugar assegurado no sistema de relações econômicas, sociais e políticas. Ouvi alguém dizer uma vez: eles são gente. Mas está crescendo brutalmente no Brasil uma outra sociedade que é uma sub-humanidade: uma humanidade incorporada através do trabalho precário, no trambique, no pequeno comércio, no setor de serviços mal pagos ou, até mesmo, escusos etc. O conjunto da sociedade já não é a sociedade da produção, mas a sociedade do consumo e da circulação da mercadorias e serviços. Portanto o eixo de seu funcionamento sai da fábrica e vai para o mercado.

No CAPSi, esse modo de inclusão marginal pode ser encontrado através dos benefícios previdenciários (especificamente BPC) para pessoas com deficiência e transtornos mentais e do passe livre. Para ter acesso a esses benefícios, é necessário um laudo atestando deficiência física, mental, intelectual ou sensorial²⁶. Tanto nas entrevistas quanto nas observações participantes, foi um elemento preponderante perceber que muitas famílias procuravam o equipamento para conseguir um diagnóstico para suas filhas e filhos, o que também foi um fator de incômodo para as profissionais do equipamento.

O que seria para promover oportunidades e até um direito adquirido, na prática, no dia a dia da instituição, se mostrou também como mais um elemento que contribui para o

²⁶ Informação disponível no site da previdência social: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-aocidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>>. Acesso em: 11 jan. 2017

processo de rotulação e estigma. Ressalta-se que não se defende aqui o fim dos benefícios, uma vez que eles são importantes para muitas famílias e tirá-los seria decretar a morte delas. Questiona-se a condicionalidade de um direito a um laudo ou diagnóstico, gerando como efeito essa procura do CAPSi para obter o que deveria ser garantido a todas e todos: direito de ir e vir, de estudar, de trabalhar etc. Em resumo, direito à dignidade, sequestrada pelo mesmo diagnóstico que supostamente o garante.

A criança ou adolescente que recebe um diagnóstico de deficiência ou transtorno mental fica marcada em todo o seu entorno, carregará consigo o estigma da doença mental na escola, família etc. Segundo reportagem da *Revista Valor*²⁷, em abril de 2016, Salvador foi a região metropolitana do Brasil que registrou o maior aumento no índice de desemprego, 23,4% da população economicamente ativa. Depreende-se, assim, que o BPC tem sido a alternativa de muitas famílias para conseguirem sobreviver, apontando para o efeito medicalizante que essa política pode gerar.

Além de conviver com a questão dos benefícios, as profissionais do CAPSi tiveram que lidar com os encaminhamentos da escola esperando laudo e medicação. Diante de uma escola pública precarizada e que historicamente tem produzido fracasso escolar, o encaminhamento para os serviços de saúde tem sido visto como a solução às dificuldades de escolarização de crianças e adolescentes. O CAPSi como o lugar para lidar com esses casos, foi outra questão bastante presente nesta pesquisa. (PATTO, 1984; SOUZA; BRAGA, 2014; VIÉGAS, 2014a)

Assim como foi encontrado na pesquisa de Beltrame e Boarini (2013), a busca pelo diagnóstico e medicação foi muito forte nas crianças e adolescentes encaminhadas com queixa escolar. Em alguns casos, a presença desses fatores era colocada como uma condição para a criança e adolescente ser matriculada na escola, o que vai contra a Nota Técnica 04/2014 do MEC/SECADI/DPEE, que exclui a necessidade de laudo médico para incluir uma criança com dificuldades na escola regular. Dessa maneira, em muitos casos, o CAPSi tinha que acionar o Ministério Público para fazer a criança ou adolescente frequentar a escola, o que não garante sua efetiva inclusão.

Essas questões apontam como o discurso medicalizante, condicionando o diagnóstico e a medicação para ter acesso a um direito social, está presente na sociedade. A busca do CAPSi para receberem diagnóstico e medicação para serem incluídas em sala de aula e/ou receberem um benefício coaduna com o conceito de Rose (2013) sobre as cidadanias

²⁷ Disponível em: <<http://www.valor.com.br/brasil/4577393/desemprego-alcanca-234-em-salvador-e-168-em-sp-notam-seadedieese>>. Acesso em: 11 jan. 2017

biológicas e com o modo de inclusão marginal trabalhado por Martins (1997). Dessa maneira, o que era para servir de promotor de oportunidades e um direito adquirido, torna-se reforçador de estigmas.

Essa questão também foi encontrada e debatida em um estudo etnográfico realizado em um CAPS adulto pelo pesquisador Marcos Carvalho (2014), que comenta que esse dado vai de encontro a outros estudos realizados nos EUA e no Brasil:

O que tais trabalhos demonstraram – ao analisarem contextos de mudanças promovidas por reformas na assistência psiquiátrica –, é que fatores como o recebimento de benefícios previdenciários e o próprio uso de medicação psicotrópica terminam por reforçar o estigma, pois reafirmam a condição física de “doente” (no caso do uso continuado e do cotidiano dos remédios) e a incapacidade para o trabalho (no caso dos auxílios governamentais). Sendo o estigma da “doença mental” algo que não estaria diretamente associado a algum “problema físico” logo seria possível encoberta-lo e omiti-lo. A carteira de passe livre acaba funcionando então como um fator denunciador/visibilizador, dificultando o mecanismo de autoproteção que eventualmente seria possibilitado pelo já mencionado anonimato. Destarte, a ideia de “autonomia”, defendida pelo CAPS acaba sendo de pouca importância e valia no enfrentamento do dia-a-dia pelos usuários. (p.102)

Outro ponto encontrado que merece destaque é a questão dos diagnósticos, visto que a burocrática da política pública de saúde mental da exigência de um diagnóstico psiquiátrico para que a criança ou adolescente possam ser matriculadas no CAPSi. O diagnóstico na infância e adolescência é complexo, envolve uma série de fatores que vão desde a família até a escola. A exigência burocrática de um diagnóstico psiquiátrico foi um aspecto marcante nas observações participantes e nas entrevistas.

Esse ponto pode ser percebido principalmente no incômodo que algumas profissionais expressaram em ter que dar um diagnóstico, mesmo sem concordar, em toda criança e adolescente atendida no CAPSi, bem como na ausência do preenchimento do campo “diagnóstico psiquiátrico atual” em grande parte dos prontuários.

Sobre os diagnósticos realizados na infância e adolescência, Untoiglich (2013) fala que os profissionais de saúde mental têm que usar um lápis para escrever as primeiras hipóteses diagnósticas. Apesar dessas hipóteses serem absolutamente necessárias e parte importante do tratamento, a autora traz que elas não devem se transformar em uma marca imutável na vida do sujeito. (UNTOIGLICH, 2013)

Crianças e adolescentes são pessoas que se encontram em um processo acentuado de constituição de suas subjetividades, sendo atravessadas pelo tempo histórico de sua época. Assim, a consulta com um profissional de saúde mental pode marcar não só a vida delas, mas de seus pais e sua família no geral. É necessário aos profissionais ter consciência desse poder e do peso da posição de especialista quando realizam um atendimento. Destarte, Untoiglich

(2013) comenta que os diagnósticos têm que funcionar como bússolas orientadoras, sempre se modificando de acordo com o desenvolvimento e o crescimento do sujeito.

A autora coloca também a necessidade do diagnóstico ser construído em conjunto com o trabalho realizado com a família e, no caso da presente pesquisa, com a escola. Devem-se considerar essas múltiplas determinações presentes na vida da criança ou adolescente, levando em conta a relação estabelecida entre o profissional e a instituição. Encontram-se diversos atores em jogo: a criança ou adolescente, seus pais e frequentemente a escola. É necessário investigar todas essas instâncias para entender o que está acontecendo e perceber as múltiplas causas que ocasionam o mal-estar desse indivíduo, levando em conta que ele sempre está em processo de constituição. (UNTOIGLICH, 2013)

Assim, o diagnóstico bem feito demanda tempo e espaço de trabalho, já que é necessária a realização de diversos encontros com a criança ou adolescente, sua família e, em muitos casos, com a escola. Trata-se de um processo complexo, que exige tempo e dedicação do profissional e da instituição. Segundo Untoiglich (2013, p.62):

Es necesario tener en claro quién y por qué solicita el diagnóstico y para qué se realiza, así como desde qué marco teórico se efectúa el mismo. Ya que es una falacia suponer, tal como propone el Manual Estadístico de Transtornos Mentales, que puede ser a-teórico y a-político a la hora de establecer un diagnóstico. Por otra parte, determinar la observación de conductas y el completamiento de cuestionarios que un niño es... TDA, TGD, TOD, etc., es no entender la vida en su sentido dinámico, tanto como confundir consecuencias observables con causas múltiples que subyacen a un malestar.²⁸

Dessa maneira, questiona-se as condições dadas às profissionais do CAPSi pesquisado para realizar tais diagnósticos. A superlotação do serviço, a agenda lotada das profissionais, as dificuldades de realizar um trabalho em equipe, a necessidade burocrática de ter que dar um diagnóstico para a criança e adolescente, a falta de carro para ir às escolas e outras instituições importantes na vida da criança e adolescente, a falta de locais na rede para encaminhar, um território muito grande para dar conta mostraram-se fatores que atrapalham esse processo diagnóstico, que se torna ainda mais delicado quando realizado na infância. A própria política pública de saúde, quando pede um diagnóstico já no primeiro encontro para a criança ou adolescente serem matriculados na instituição e a de condicionar benefícios e direitos sociais

²⁸ “É necessário ter claro quem e por que se solicita o diagnóstico e para que se realiza, assim como que marco teórico se efetua o mesmo. Já que é uma falácia supor, tal como propõe o Manual Estatístico de Transtornos Mentais, que pode-se ser a-teórico e a-político na hora de estabelecer uma diagnóstico. Por outro lado, determinar através da observação de condutas e preenchimento de questionários que a criança é... TDA, TGD, TOD, etc., é não entender a vida em seu sentido dinâmico, tanto como confundir as consequências observáveis com causas múltiplas que subjazem um mal-estar.” (tradução nossa)

a um diagnóstico, se mostraram fatores que contribuem com os aspectos citados anteriormente e estão em um plano macro político.

Mesmo que a política pública de saúde mental no Brasil pregue uma abordagem de cuidados de cunho mais psicossocial, foi possível observar que, com a precarização do CAPSi, ele acaba funcionando em muitos casos através de uma lógica ambulatorial. Ou seja, ele se transforma em um lugar em que as pessoas vão para ser diagnosticadas e receberem medicação, diferente do que preconiza a reforma psiquiátrica. O tratamento gira em torno do diagnóstico e do remédio, contribuindo e participando do processo de medicalização da vida (BRASIL, 2004; BELTRAME; BOARINI, 2013), não sem o sofrimento das profissionais.

Diante da necessidade de discutir o contexto que tem gerado os encaminhamentos e os atendimentos realizados no CAPSi, retoma-se o objetivo principal do trabalho, que é analisar como a queixa escolar é entendida e atendida no equipamento. Essa análise foi feita através das observações participantes e das entrevistas.

Nas observações participantes, percebe-se nas/os profissionais que existe uma tentativa de desconstruir esses pseudodiagnósticos que chegam da escola. Porém, mesmo propondo fazer uma visão mais ampla da queixa escolar, as intervenções primeiramente vão para a criança e sua família. Ressalta-se também que muitos casos de queixa escolar estão sendo encaminhados para salas de AEE, acompanhamento psicopedagógico e atendimento psicoterápico no CAPSi ou nos serviços de psicologia de instituições de ensino superior. Pela falta de lugares na rede para encaminhar e por não se encaixarem na política do CAPSi, muitas crianças e adolescentes com queixa escolar têm ficado no chamado “limbo”, largadas na rede sem um lugar para serem atendidas, demonstrando mais uma vez a precarização das políticas públicas.

Destaca-se mais uma vez que muitas crianças e adolescentes com queixa escolar estão sendo diagnosticadas com transtornos mentais leves ou com deficiência intelectual. Os casos de deficiência intelectual merecem uma atenção especial, pois foi relatado que as dificuldades de aprendizagem estão presentes entre eles e, muitos deles têm sido tratados unicamente pela/o psiquiatra do CAPSi com medicação. Muitos deles ficam até a idade adulta, correndo o risco de cronificação, de seguirem a “carreira de doente mental”. Também foi encontrada uma maneira diferente de atendimento que seria a desconstrução dessa queixa já no acolhimento, conforme o que preconizado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2005)

A maneira predominante com que o CAPSi atendeu esses casos baseou-se na concepção individualizante de que a queixa escolar era resultado de problemas familiares ou intrínsecos ao aluno, fatores externos à escola. Nos momentos que os pais falavam sobre a

escola, as perguntas tendiam a se voltar para a história de vida da criança e adolescente ou para a sua família. As/os profissionais reconheceram em alguns momentos a precarização e as dificuldades da escola pública, porém seu viés de análise centrou-se na família e/ou na criança e adolescente.

Essa maneira de conceber a queixa escolar ficou ainda mais evidente nas entrevistas, ainda que se percebam diferenças entre as profissionais. Enquanto Alice e Ana destacaram a questão do ensino não contemplar os alunos atualmente e o padrão de normalidade da escola, Jaqueline relatou a falta de investimento na escola pública e como isso tem repercutido nos professores e alunos, apontando que muitas crianças e adolescentes que chegam ao CAPSi com dificuldade de aprendizagem são produzidas pela escola e estão sendo atendidas lá sem ser o lugar para elas, indicando uma compreensão mais ampla da queixa escolar.

As entrevistas indicaram que existe uma tentativa de superação do discurso medicalizante e da visão individualizante sobre o aluno e a queixa escolar. Porém, a visão parece recair para a família ou para as deficiências intelectuais e transtornos leves, apontando uma contradição. Faz-se mais uma vez a ressalva da impossibilidade que o CAPSi tem de estabelecer um contato mais efetivo com as escolas. Contudo, foi possível notar que a discussão sobre a individualização da queixa escolar na/o aluna/o e sua família, trazida, sobretudo, com os trabalhos de Patto (1984; 1999), não se fizeram muito presentes entre as/os profissionais.

Predomina no atendimento e entendimento sobre a queixa escolar um modelo medicalizante e patologizante, que interpreta tal demanda como resultante de um problema individual e cognitivo, advindo das condições de vida, sobretudo no caso das famílias pobres. O entendimento partiu de uma concepção de escola naturalizada, desconsiderando sua precarização e sua função na sociedade de classes, que é atravessada pelas diversas desigualdades resultantes desse sistema social e econômico e historicamente têm produzido fracasso escolar. Os preconceitos, estereótipos e arbitrariedades que as crianças e adolescentes das classes pobres são vítimas todos os dias quase não foram alvo nos atendimentos. (CABRAL; SAWAIA, 2001; SOUZA, 2010)

O que contribui para explicar a presença desse modelo de atendimento da queixa escolar é própria política de saúde mental que pouco fala das políticas educacionais. Mesmo que o Ministério da Saúde expresse a preocupação de não medicalizar, patologizar questões escolares e de realizar a intersetorialidade com a escola e desconstruir a queixa nesses casos (BRASIL 2005; 2014), ela pouco fala sobre a escola, as políticas educacionais e como elas

historicamente têm produzido fracasso escolar, de maneira que Souza e Braga afirmam (2014, p. 55):

Embora se busquem articulações por meio de políticas intersetoriais, no que tange ao atendimento à infância e à adolescência, a questão da escolarização visivelmente presente nos índices de encaminhamento apresentados pelos diversos levantamentos realizados, não foram, ainda, suficientes para que essa realidade fosse considerada no interior de políticas de saúde pública.

Esse fator expressa uma crítica de que existe uma disfunção entre a saúde e a educação, gerando a sobreposição da primeira sobre a segunda. Esse fator também foi encontrado na pesquisa de Beltrame e Boarini (2013), apontando as dificuldades que os serviços de saúde têm de se comunicar com instituições educacionais. O desconhecimento da realidade educacional resulta na interpretação de questões relativas à escolarização como se fossem doenças. (BELTRAME; BOARINI, 2013; MOYSES; COLLARES, 2014; SOUZA; BRAGA, 2014)

As políticas educacionais e a realidade educacional brasileira historicamente não têm recebido um destaque nos cursos da área de saúde. Das três profissionais entrevistadas, apenas uma citou um curso realizado na área de educação, sendo que o curso era de pós-graduação. De fato, ela foi a que mais falou sobre as dificuldades vivenciadas pela escola pública no Brasil. Foi possível também nas entrevistas perceber que para as profissionais, a graduação não as preparou para atuar com a infância e adolescência, notadamente a saúde mental infanto-juvenil. Foi através de cursos de pós-graduação ou contato com outros profissionais que elas viram discussões que não tiveram na graduação.

A presente pesquisa indica que é necessário não somente realizar essas discussões sobre a realidade educacional brasileira e medicalização da educação na formação básica, mas também em cursos promovidos pelas Secretárias de Saúde, sobretudo a de Salvador. Essa seria uma estratégia para formar as/os profissionais dos serviços de saúde, especialmente aquelas/es que atuam com a infância, evitando que problemas de escolarização sejam vistos como de saúde mental, em respeito ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Destaca-se também que foi possível perceber a presença de concepções de que a família pobre e a situação de pobreza seriam a causa dos problemas de escolarização e até de questões de saúde mental. Essas concepções estão presentes na história da saúde mental, infanto-juvenil, e muito de sua gênese advêm do higienismo, como pode ser visto no seguinte trecho de Costa (1979, p.144)

A exaltação higiênica do corpo, da casa, da educação, em defesa da saúde, desenvolveu na família uma acuidade que ela não possuía. Refinando seus

instrumentos de ausculta, em breve ela foi capaz de ouvir ruídos aos quais era totalmente surda. Através da captação preventiva da manifestação mórbida, a família iniciava-se, ao mesmo tempo, no prazer da descoberta dos fios de saúde. Entre o medo de agressões físicas e morais, o cuidado com o investimento de capitais e o fascínio pelo universo sentimental, o intimismo proliferava e enraizava-se. A atenção atomizada, focalizada na vigilância específica e adequada a cada pessoa fez crescer geometricamente o valor do indivíduo e de sua história físico-emocional. A maneira como o indivíduo tinha sido tratado na sua infância era determinante de suas qualidades corporais e morais quando adulto. Uma criança submetida a uma má alimentação; a um regime anti-higiênico do vestuário; ou, ainda, a castigos brutais; a falta de amor paterno e materno; ao medo provocado por histórias de fantasmas, duendes, lobisomens etc... seria um adulto fraco de caráter pusilânime, possuidor de uma saúde física e moral extremamente precária. Uma criança bem cuidada, pelo contrário, tornar-se-ia o perfeito adulto higiênico.

Além disso, o higienismo reforça a culpabilização das famílias pobres pelo aumento da criminalidade e abandono infantil. A pobreza era considerada como um dano que produziria futuras cidadãs e cidadãos de caráter degenerado e possíveis doentes mentais. Diante de tal perspectiva, o caminho tomado para diversas crianças e adolescentes pobres na época foi a institucionalização em reformatórios, educandários e instituições de saúde mental. (BLIKSTEIN, 2012; COUTO, 2012)

Assim, é possível compreender historicamente a presença, no CAPSi pesquisado, de uma concepção segundo a qual a família e a pobreza seriam a causa e provocariam déficits que resultariam no fracasso escolar. Outro dado que coaduna com essa questão são os altos números de diagnósticos de deficiência intelectual e retardo mental leve, comentado anteriormente. Patto (1999) e Kalmus (2000) trazem o quanto esse diagnóstico tem sido usado para medicalizar crianças e adolescentes pobres.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi analisar de que maneira as queixas escolares são entendidas e atendidas em um CAPSi de Salvador-BA, considerando suas relações com o fracasso escolar e a medicalização da educação. A partir da análise dos prontuários, foi possível ver que 55% casos atendidos no equipamento tinham menções à escola ou envolviam situações de escolarização. Isso indica que a queixa escolar estava presente na maior parte das crianças atendidas nesse CAPSi.

O perfil das crianças atendidas que possuíam queixa escolar é, em sua maioria, composto por meninos, com idade média de 10 anos, estudantes do ensino Fundamental I e em situação de pobreza. Essa faixa etária e escolarização equivalem ao período em que acontecem os primeiros anos de apropriação da leitura e escrita. Outro dado importante encontrado nos prontuários foi a presença de diagnósticos de TDAH e retardo mental, levando em consideração o quanto têm sido usados para estigmatizar e rotular crianças e adolescentes, sobretudo das classes pobres.

Foi encontrada uma forte relação dos encaminhamentos com a política de benefícios e direitos sociais condicionados a um diagnóstico. Em consonância a essa questão, a medicalização da educação, na qual dificuldades no processo de escolarização são vistas como transtornos que precisam ser tratados por serviços de saúde mental. Nesse sentido, o CAPSi é visto como um lugar onde crianças e adolescentes que não aprendem são mandadas, a fim de ser serem diagnosticadas e medicadas.

A precarização do serviço também merece uma menção a parte, pois foi um fator que dificultou muito o atendimento no geral, não só especificamente a queixa escolar. A falta de carro para fazer visitas domiciliares e à escola, a falta de profissionais na equipe, a falta de estrutura física e material, um território enorme para dar conta, a falta de lugares na rede para encaminhar e a sobrecarga de tarefas resultam na impossibilidade de conseguir realizar um trabalho de cunho mais psicossocial e o próprio atendimento em si. Verificou-se que isso tem gerado em profissionais do equipamento um desânimo e um esgotamento físico e psíquico.

No que tange a maneira que o CAPSi atende as queixas escolares, foi possível notar que o modelo clínico tradicional esteve bastante presente. Por mais que as profissionais tentassem superar a lógica da medicalização, na hora de atender este tipo de demanda o olhar recaía sempre sobre a criança e adolescente e/ou sua família. A escola pouco ou não foi problematizada enquanto historicamente produtora de fracasso escolar e reproduzindo diversos preconceitos da sociedade de classe, raça, gênero, religioso etc. Além disso, foram

encontradas concepções higienistas que culpabilizam a família pobre e a pobreza em si, como produtora de déficits.

Porém, mesmo que não tenha sido predominante, encontrou-se também a tentativa de desconstruir a queixa e os pseudodiagnósticos que chegavam da escola. Mesmo com todas as dificuldades citadas, foi possível ver profissionais do CAPSi tentando realizar esse tipo de atendimento com vistas a tornar a passagem da criança e adolescente pelo equipamento transitório. Nesse ponto, destaca-se também a presença de duas concepções sobre o equipamento, apontando dificuldades no trabalho em equipe.

Em relação ao atendimento, foi encontrado ainda que os casos com queixa escolar estavam sendo encaminhados para salas de AEE; acompanhamento psicopedagógico e atendimento psicoterápico no CAPSi ou nos serviços de psicologia de instituições de ensino superior. Outro ponto preocupante é que muitos casos ficam jogados no chamado “limbo”, pois não são casos para CAPSi e não se encontra lugares na rede para encaminhá-los.

Em relação à comunicação com as escolas, em diversas situações, as profissionais do CAPSi demonstraram desconhecer a realidade educacional brasileira e a precarização da escola pública. A própria precarização do serviço dificulta bastante essa relação. Além disso, tem a questão da saúde historicamente sobrepor a educação, dificultando o trabalho em parceria.

No que tange ao entendimento da queixa escolar, predominou a concepção de que a mesma seria causada por problemas emocionais e psicológicos, advindos, sobretudo, da família. O modelo medicalizante e psychologizante mostrou-se de forma marcante nas entrevistas, dificultando a consideração das múltiplas determinações que subjazem esse fenômeno. Destaca-se ainda que foi relatada a inexistência de uma discussão mais profunda sobre essas questões na formação básica, mesmo com as críticas contundentes realizadas por autoras e autores da educação, especialmente na Psicologia Escolar e Educacional em uma perspectiva crítica.

Assim, os resultados apontaram a necessidade de se investir na formação profissional com vistas a fazer essa discussão chegar no chão dos serviços. Destaca-se que o próprio Ministério da Saúde expressa a preocupação de o CAPSi não patologizar e não medicalizar questões de escolarização. É importante também incluir nessa discussão a questão da medicalização da pobreza, visto que o público atendido no equipamento vem predominantemente da classe pobre.

Diante desse panorama, o que foi visto é que o CAPSi acabou funcionando em muitos casos na lógica ambulatorial, em que as pessoas vão para serem diagnosticadas e medicadas, o

tratamento gira em torno da medicação. Com uma situação de precarização da política, as profissionais ficam impossibilitadas de realizar um trabalho de cunho mais psicossocial e em parceria com as escolas e outras instituições. Dessa maneira, a pesquisa aponta para a importância de se discutir a precarização do SUS e como isso impacta no tratamento oferecido.

Destarte, considera-se que frente às dificuldades de tempo e inserção do equipamento, foi possível adentrar o dia a dia da instituição. O pesquisador conseguiu ter acesso às diversas modalidades de atendimento e estabeleceu uma boa relação com as profissionais do CAPSi. A busca por estabelecer uma relação de respeito e de sempre devolver as análises também se mostrou importante para construir essa confiança. Esses nuances apontam a necessidade de considerar todos esses aspectos éticos na hora de realizar pesquisas com seres humanos, especialmente com públicos estigmatizados e rotulados historicamente.

Como limites, essa pesquisa não conseguiu ouvir as famílias, crianças e adolescentes, em especial aquelas/es com queixa escolar. Constava no projeto inicial a realização desse contato, porém não houve de tempo para realizar essas entrevistas. Dessa maneira, considera-se necessária a realização de outras pesquisas que possam entrevistá-las para conhecer os efeitos dos rótulos e estigmas em sua vida, sobretudo na vida escolar. Ir para um serviço de saúde mental marca a vida da pessoa, da sua família e do seu contexto social.

Assim, fica a sugestão para futuras pesquisas e até para desdobramento desta em um futuro próximo. É importante também investigar como a queixa escolar é atendida e entendida em outros CAPSi e serviços de saúde mental voltados para a infância e adolescência, já que existem poucas pesquisas relacionadas à temática. Investigar se em outros contextos com territórios menores o equipamento consegue estabelecer uma relação de parceria com as escolas e realizar trabalhos como o matriciamento, por exemplo.

Ressaltam-se também a importância de pesquisas que acompanhem outros contextos da instituição que poderiam ter sido explorados de maneira mais profunda, como a reunião de equipe. As/os psiquiatras das instituições também não participaram da pesquisa por falta de contato e de questões temporais, sendo importante incluí-los em estudos futuros para conhecer suas perspectivas.

Por fim, encerra-se este trabalho esperando que ele possa contribuir para pensar em modalidades e estratégias de atendimento à queixa escolar nos serviços de saúde mental que considerem sua complexidade e como fruto de múltiplas determinações. Além disso, espera-se que ele possa ajudar no aprimoramento das políticas públicas de educação e saúde mental, tendo em vista as dificuldades históricas que elas têm em estabelecer parcerias. Também

atenta para a necessidade das discussões sobre a realidade educacional brasileira, a medicalização da vida e da educação estarem presentes nos cursos de graduação da área de saúde e nos cursos de formação oferecidas pelas secretárias municipais.

Portanto, tem-se a esperança que as reflexões aqui propostas auxiliem na construção de práticas que façam frente aos processos de medicalização, tendo como ideário utópico uma sociedade justa e igualitária. Por uma vida sem rótulos e livre das amarras que aprisionam diariamente crianças e adolescentes brasileiros que, muitas vezes, são exterminados pela sua cor e classe social. Que as amarras dos manicômios e rótulos psiquiátricos não os prendam. Se esse trabalho puder contribuir minimamente com seus processos de emancipação e libertação, a fim de questionar a realidade e transformar essa sociedade repleta de injustiças e desigualdades, a pesquisa terá valido a pena.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C; PANDE, M. N. R. Medicalização da educação ou pedagogização do comportamento? Um século de metamorfose da relação entre saberes médico-psicológicos e pedagógicos. In: DANTAS, J. B (Org.). **A infância medicalizada: Discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida**. Curitiba: CRP, 2015. p. 77-102.

ANVISA. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS), nº 23. **Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**

BARROS, D. B. **Os usos e sentidos do metilfenidato: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção**. 2014. 182 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

BELTRAME, M. M; BOARINI, M. L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. **Psicol.cienc.prof.**, Brasília, v.33, n.2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932013000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 fev. 2016.

BLIKSTEIN, F.. **Destinos de crianças: Estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico**. 2012. 91f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil: Recomendações: de 2005 a 2012**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BORDINI, D. et al. Encaminhamento escolar de crianças e adolescentes para o CAPSi: o peso dos encaminhamentos incorretos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.34, n.4, dez.2012. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462012000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 fev. 2016. p. 493-496.

CABRAL, E.; SAWAYA, S. M. Concepções e atuação profissional diante das Queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. **Estudos Psicologia**, Natal, 6, 2, p. 143-155, 2001.

CALIMAN, L.V. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. **Cadernos de Subjetividade, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade**, São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, nº 14, 2012. Disponível em:

<https://cadernosdesubjetividade.files.wordpress.com/2013/09/cadernos2012_baixaresolucao.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016. p. 96-104.

CARVALHO, M. Dilemas na/da Reforma Psiquiátrica: notas etnográficas sobre o cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial. In: FERREIRA, J; FLEISCHER, S. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 1980, 126 p.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

COUTO, M.C.V. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes**: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010). 2012. 178f. Tese. (Doutorado em Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro.

COLLARES, A.C.L; MOYSÉS, M.A.A. A educação na era dos transtornos. In: VIÉGAS, Lygia de S. et al (Org). **Medicalização da educação e da sociedade**: Ciência ou mito? Salvador: EDUFBA, 2014. p. 47-65.

DELEULE, D. **La psicologia, mito científico**. Barcelona: Editorial Anagrama, 1969.

FERREIRA, R.A; VIEIRA, M. Contribuições do Ideb para a avaliação no município de Teodoro Sampaio. In: TENÓRIO, R; MACHADO, C.B; LOPES, U.M (Org.). **Indicadores da Educação Básica**: avaliação para uma gestão sustentável. Salvador: DUFBA, 2010. p. 243- 262.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde**. 2 ed. rev. São Paulo, 2013.

_____. (2015). **O consumo de psicofármacos no Brasil**: dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados ANVISA (2007-2014). Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet_v2.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2017.

_____. **Carta do IV Seminário Internacional a Educação Medicalizada**: desver o mundo, perturbar os sentidos. Salvador, 2015. Disponível em: <<http://seminario4.medicalizacao.org.br/carta-do-iv-seminario-internacional-a-educacaomedicalizada-desver-o-mundo-perturbar-os-sentidos/>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

FRELLER, C.C. Crianças Portadoras de Queixa Escolar: Reflexões Sobre o Atendimento Psicológico. In: MACHADO, A.M; SOUZA, M.P.R (Org.). **Psicologia Escolar**: Em busca de novos rumos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 67-82.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. **O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2016.

GONZAGA, A.M. A pesquisa em educação: Um desenho metodológico centrado na abordagem qualitativa. In: PIMENTA, S.G; GHEDIN, E; FRANCO (Org.). **Pesquisa em educação: Alternativas investigativas com objetos complexos**. São Paulo: Loyola, 2006. p. 65-92.

GOULD, S.J. **A falsa medida do homem**. São Paulo: Editora WMF; Martins Fontes, 2014.

KALMUS, J. **A produção da deficiência mental leve**. 2000. 91f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade, São Paulo.

KANTORSKI, L.P. et al. A intersectorialidade na atenção psicossocial infanto-juvenil. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** 6(2): abr.-jun. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3210/pdf_1259> Acesso em: 6 fev. 2016. p. 651-662.

LIMA, R.C.L. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a Construção de Bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

_____. **Psiquiatria infantil, medicalização e a Síndrome da Criança Normal**. In: Comissão de Psicologia e Educação do CRP- RJ (Org.). **Conversações em Psicologia e Educação**, Rio de Janeiro, Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2016. p. 61-72.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986

MACEDO, R.S. **A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação**. Salvador: EDUFBA, 2000.

_____. **Etnopesquisa crítica, etnopesquisa - formação**. Brasília, DF: Liber Livro Editora, 2010.

MACHADO, A.M. **Crianças de classe especial: Efeitos do encontro da saúde com a educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MARÇAL, V.P.; SILVA, S.M.C. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, 10, 2006. p.121-131.

MARTINS, J.S. **Exclusão social e a nova desigualdade social**. São Paulo: Paulus, 1997.

MEDEIROS, J. D; BRAGA, A.M.; JESUS, D. P. **Matriciamento em Saúde Mental na Escola**. CONGRESSO BRASILEIRO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Rio de Janeiro, 2013. **Anais...** Rio de Janeiro, p. 55-56. Disponível em: <<http://www.congressobrasileirodecapsi.com.br>>. Acesso em: 9 fev. 2016.

MYNAIO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOYSÉS, M. A. A; COLLARES, C. A. L. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: A nova face do obscurantismo. In: VIÉGAS, Lygia de S. et al (Org.).

Medicalização da educação e da sociedade: Ciência ou mito? Salvador: EDUFBA, 2014. p. 21-43.

OLIVEIRA, F.; SOUZA, M. P. R. O que dizem os projetos de lei sobre dislexia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: contribuições da psicologia escolar. In: COLLARES, C.A.L.; MOYSES, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos.** Campinas: Mercado de Letras, 2013, p. 203-220.

OLIVEIRA, C.O; HARAYAMA, R.M; VIÉGAS, L.S. Drogas e medicalização na escola: reflexões sobre um debate Necessário. **Revista Teias**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 99-118, n. 45, 2016. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/24598/17578>>. Acesso em: 15 dez. 2016

PATTO, M.H.S. **Psicologia e ideologia:** uma introdução crítica à psicologia escolar. São Paulo: T.A. Queiroz, 1984.

_____. **A produção do fracasso escolar:** histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

_____. De gestores a cães de guarda: sobre a violência da psicologia. **Temas em Psicologia**, 2009, v. 17, n. 2, p. 405-415.

RIBEIRO, M.I.Z. **A medicalização na escola:** uma crítica ao diagnóstico do suposto transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). 2015. 267f. Tese. (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

ROCKWELL, E. **Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982 – 1985).** México, D.F: XII, 1988.

ROHDE, Luis A.; HALPERN, Ricardo. **Transtorno** de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre , v. 80, n. 2, supl. p. 61-70, Apr. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572004000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 mar. 2016. p. S61-S70.

ROSE, S; LEWONTIN, R.C; KAMIN, L.J. **Not in your genes.** Londres: Penguin Books, 1984.

ROSE, N. **A política da própria vida:** Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

SOUZA, M.P.R. Problemas de aprendizagem ou problemas de escolarização? Repensando o cotidiano escolar à luz da perspectiva histórico- crítica em psicologia. In: OLIVEIRA, SOUZA, D. T. R; REGO, T. C. **Psicologia, educação e temáticas da vida contemporânea.** São Paulo: Moderna, 2002, p. 177-195.

_____. A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo. In: MACHADO, A.M; SOUZA, M. P. R (Org.). **Psicologia Escolar:** Em busca de novos rumos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 19-39.

SOUZA, M. P. R.; BRAGA, S. G. Da educação para a saúde: trajetória dos encaminhamentos escolares de 1989 a 2005. In: DIAS, E.T.D.M; AZEVEDO, L.P.L. (Org.). **Psicologia Escolar e Educacional: Percursos, saberes e intervenções**. Jundiaí: Paco Editorial, 2014. p. 41-62.

SOUZA, B.P. Apresentando a orientação a queixa escolar. In: SOUZA, B.P. (Org.). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 97-117.

UNTOIGLICH, G. Construciones diagnósticas em la infancia. In: UNTOIGLISH, G; *et al.* **Em la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz**. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013. p. 59- 84

THIOLLENT, M.J.M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Editora Polis, 1980.

UNESCO. **Educação para todos 2000-2015: Progressos e desafios**. Relatório de monitoramento global de EPT, 2015.

VIEGAS, L.S; HARAYAMA, R.M; SOUZA, M.P.R. Apontamentos críticos sobre estigma e medicalização à luz da psicologia e da antropologia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2683-2692, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000902683&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2016.

VIÉGAS, L.S.; OLIVEIRA, A.R.F. TDAH: Conceitos vagos, existência duvidosa. Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 39-58, jan./abr. 2014. Disponível em: < file:///C:/Users/klessyo%20freire/Downloads/2736-8839-3-PB.pdf >. Acesso em: 20 fev. 2016.

VIÉGAS, L. S. **Reflexões sobre a pesquisa etnográfica em Psicologia e Educação**. Diálogos Possíveis (FSBA), v. 1, 2007, p. 101-123.

_____. Direitos humanos e políticas públicas medicalizantes de Educação e Saúde: Uma análise a partir da Psicologia Escolar e Educacional. In: VIÉGAS, Lygia de S. et al (Org.). **Medicalização da educação e da sociedade: Ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014a. p. 121-140.

_____. Atuação do psicólogo na rede pública de educação da Bahia. In: SOUZA, Marilene Proença Rebello de; SILVA, Silvia Maria Cintra da; YAMAMOTO, Kátia (Org.). **Atuação do psicólogo na Educação Básica: concepções, práticas e desafios**. Uberlândia: EDUFU, 2014b, v. 1, p. 99-112.

_____. **Progressão Continuada e suas repercussões na escola pública paulista: Concepções de educadores**. 2002. 265 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade.

VIÉGAS, L.S.; FREIRE, K.E.S; BONFIM, F.B. A atuação do psicólogo nos serviços públicos de Saúde Mental frente à demanda escolar na Bahia: perfil, práticas e concepções. **Revista Psicologia Escolar e Educacional**, *no prelo*.

VIÉGAS, L de S; FREIRE, K.E.S. O debate sobre medicalização na psicologia escolar e educacional em uma perspectiva crítica: aspectos históricos: In: DANTAS, J.B. (Org.). **A**

infância medicalizada: Discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida. Curitiba, CRP, 2015. p. 103-122.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2016:** Homicídios por Armas de Fogo no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO/CEBELA, 2016.

ZUCOLOTO, P.C.V. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 136-145, abr. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) _____ para participar da Pesquisa “Educação e Saúde Mental: Uma análise sobre as queixas escolares em um CAPSi de Salvador- BA”, sob a responsabilidade do Mestrando Klessyo do Espírito Santo Freire, sob orientação da Profa. Dra. Lygia de Sousa Viégas, a qual pretende identificar e analisar de que maneira as queixas escolares são acolhidas e tratadas em um CAPSi de Salvador- BA.

Sua participação se dará por meio de observações participantes das atividades realizadas no CAPSi, bem como de entrevistas semidirigidas. A análise do material será realizada qualitativamente, possibilitando uma compreensão sobre como as queixas escolares têm sido acolhidas e tratadas nos CAPSi de Salvador - BA.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração, ou seja, a participação na pesquisa é voluntária. Qualquer dano decorrente da sua participação na pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores da pesquisa.

Consideramos que, com sua colaboração, o Sr. (a) estará contribuindo para o aprimoramento do atendimento dos serviços de Saúde Mental às queixas escolares.

Este termo de compromisso livre e esclarecido foi emitido em duas vias, ficando um sob a sua responsabilidade e outro com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Os possíveis riscos decorrentes de sua participação na pesquisa envolvem o constrangimento, por parte de outros usuários, profissionais ou familiares do CAPSi pesquisado, em caso de identificarem como suas as declarações feitas à pesquisa. Para protegê-lo desses riscos, sua identidade (nome e outros dados passíveis de identificação) não será divulgada, sendo guardada em completo sigilo, tanto nos relatórios quanto nas publicações.

Os dados coletados, bem como os termos de compromisso livre e esclarecido, serão mantidos na sala 08, utilizada pelo Grupo de Pesquisa: Educação, Política, Individuo e Sociedade (EPIS), localizada no primeiro andar da Faculdade de Educação, no Departamento de Pós- Graduação da Universidade Federal da Bahia, por um período de três anos, sob a responsabilidade da Prof. Dra. Lygia de Sousa Viégas. Após este período, os dados passarão a ser guardados no banco de dados do Grupo de Pesquisa: Educação, Política, Individuo e Sociedade (EPIS) pelo período de dois anos.

Vale ressaltar que o Sr. (a) tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

Essa pesquisa encontra-se sob o crivo do Comitê de Ética em Pesquisa – Escola de Enfermagem UFBA (CEPEE), cujo endereço é a Rua Augusto Viana, s/n, Sala 435 - Canela - Salvador, Bahia - Brasil , telefone: (71)3283-7615 e o e-mail cepee.ufba@ufba.br.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Av. Miguel Calmon, s/n, Departamento I, Faculdade de Educação, pelo telefone (71) 3283-7200.

Consentimento Pós–Informação

Eu, _____, declaro que fui esclarecido quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa “Educação e Saúde Mental: Uma análise sobre as queixas escolares em um CAPSi de Salvador- BA”, de responsabilidade do Mestrando Klessyo do Espírito Santo Freire, sob a orientação da Profa. Dra. Lygia de Sousa Viégas. Também obtive esclarecimentos acerca da relevância de minha participação na pesquisa, dos riscos de minha participação e das estratégias que visam a garantir minha integridade. Declaro, enfim, que estou ciente de que não terei despesas ou remuneração com a participação na pesquisa. Diante do exposto, venho, por meio deste, oficializar meu consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa, estando seguro de que poderei retirar esse consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso deseje.

Data: ___/___/___

Assinatura do participante

Fone: _____

E-mail: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO



TERMO DE ASSENTIMENTO



Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL: Uma análise sobre as queixas escolares em um CAPSi de Salvador- BA”. Ela tem como objetivo principal entender como a medicalização como a queixa escolar é acolhida e tratada nos CAPSi.

A atividade que você está sendo convidado a participar faz parte do trabalho de campo da pesquisa e se trata de observações e entrevistas com os usuários de um CAPSi para entender o que eles pensam das queixas escolares. A análise do material será realizada qualitativamente, ao final da pesquisa, a partir da reunião de todo o material acumulado, sua leitura e interpretação.

Vale frisar que nada do que for dito durante os encontros será divulgado, bem como as pessoas da escola (professores, diretores etc.), do CAPSi (psicólogo, psiquiatra etc.) não participarão e nem terão acesso a nenhum material e/ou informações e falas obtidas durante os encontros do grupo. Qualquer problema decorrente de sua participação na pesquisa, será de responsabilidade dos pesquisadores.

A pesquisa será realizada no CAPSi (_____) com outras crianças que também fazem parte dele, pois a participação de vocês é muito importante para refletir sobre o tema citado anteriormente. Ainda assim, é importante lembrar que você não é obrigado a participar se não quiser, esse é um direito seu. E também poderá desistir a qualquer momento da participação, caso acredite que ela esteja te prejudicando de alguma forma ou mesmo se não for mais da sua vontade.

Este termo de compromisso livre e esclarecido foi emitido em duas vias, ficando um sob a sua responsabilidade e outro com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Os dados coletados, bem como os termos de compromisso livre e esclarecido, serão mantidos na sala 08, utilizada pelo Grupo de Pesquisa: Educação, Política, Individuo e Sociedade (EPIS), localizada no primeiro andar da Faculdade de Educação, no Departamento de Pós- Graduação da Universidade Federal da Bahia, por um período de três anos, sob a responsabilidade da Prof. Dra. Lygia de Sousa Viégas. Após este período, os dados passarão a ser guardados no banco de dados do Grupo de Pesquisa: Educação, Política, Individuo e Sociedade (EPIS) pelo período de dois anos.

Essa pesquisa encontra-se sob o crivo do Comitê de Ética em Pesquisa – Escola de Enfermagem UFBA (CEPEE), cujo endereço é a Rua Augusto Viana, s/n, Sala 435 - Canela - Salvador, Bahia - Brasil , telefone: (71)3283-7615 e o e-mail cepee.ufba@ufba.br.

Consentimento Pós- informação.

Eu _____ aceito participar da pesquisa “EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL: Uma análise sobre as queixas escolares em um CAPSi de Salvador- BA” entendendo que posso desistir da participação a qualquer momento, sem ser prejudicado por isso.

Salvador, ___/___/___

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C – RELATO AMPLIADO REFERENTE A UMA DAS OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES

Data: 14/ 10/ 2015

No dia anterior tinha ido ao CAPSi falar com psicóloga S sobre o meu projeto de pesquisa e combinar o que seria feito. Ela não estava porque estava doente. Dessa forma, ligaram para ela e fui convidado a acompanhá-la numa visita à uma escola no Bairro da Paz. Cheguei ao CAPSi de manhã e encontrei com a psicóloga S para falar sobre meu projeto e irmos para a visita na escola. Chegando no CAPSi, eu fui primeiramente conversar sobre o projeto com a psicóloga. Falei um pouco sobre o projeto e ela disse que recebe muitas demandas das escolas, que recebe demandas de “meio mundo de Salvador”, pois, atualmente, só existem dois CAPSi em Salvador. Ela disse que vai a escola no sentido de valorizar a ação pedagógica do professor, eram eles que cuidavam da parte pedagógica e não o CAPS. Antes de seguir com a visita fiquei esperando e conversando com o fonoaudiólogo, a psicóloga, a TO e as pessoas da administração. Nesse momento chegou uma adolescente atendida no CAPSi pedido para tomar café e estava com fome. Eles resolveram dar café para ela porque ela não mentia e que em casa não davam comida para ela. A adolescente relatou escutar vozes e que era o diabo, tinha brigado com parentes por causa disso. A psicóloga S disse que ela escutava mas, não precisava fazer tudo que a voz dizia. A adolescente me confundiu com o marido de uma das profissionais do CAPSi, pediu um papel e uma caneta e fez um desenho meu. Disseram que meu desenho seria colocado junto com outros da equipe na parede que tinha lá. Seguimos para a visita na escola acompanhada da TO e da assistente social. Elas foram observar 2 pacientes em sala de aula e conversar com a professora deles. Ao chegar a escola, fomos recebidos pela psicóloga de lá e ela nos levou para a sala de aula dos dois pacientes. Sentei na cadeira ao lado da psicóloga S. Ela me mostrou o paciente que ela atende e disse que a psicóloga da creche encaminhou um aluno de 5 anos com suspeita de alienação autística. A psicóloga disse não concordar com o diagnóstico, em sua opinião se tratava de um caso de retardo mental que compromete a aprendizagem, o médico solicitou uma avaliação neurológica e ela uma avaliação neuropsicológica. Na sala a professora falava uma poesia e pedia para as crianças identificarem as cores que estavam na poesia. A professora tentava realizar a atividade enquanto as crianças gritavam e se levantavam o tempo todo, de forma

que ela tinha dificuldade de realizar a atividade proposta. A psicóloga S também comentou comigo que se ela estivesse no lugar da professora, teria pedido demissão na hora. Depois de um período breve de observação das profissionais do CAPSi das crianças atendidas por elas, saímos da sala e ficamos no corredor esperando para falar com a professora das duas crianças que elas foram observar. Na conversa no corredor, a psicóloga voltou a relatar que se ela estivesse no lugar da professora, teria pedia demissão na hora. Ela começou a falar da criança que ela foi e observar e era atendida por ela; ela disse acreditar que ele tinha um leve retardo mental e que sentia falta do WISC para poder realizar o diagnóstico e, complementou dizendo que observou que individualmente ele responde ao que mandam e em grupo não. A TO e a assistente social começaram a falar do outro caso que elas foram observar um menino da mesma sala com suspeita de hiperatividade por parte da escola. Elas observaram que na escola ele não tem tanta agitação motora quanto no CAPSi. A psicóloga chegou com a professora e nos encaminhou para a capela da creche onde realizariam a reunião, na qual estavam presentes a psicóloga da escola, a professora dos pacientes, a psicóloga S, a TO e a assistente social. Começaram falando do caso atendido pela TO e pela assistente social. Elas relataram que o caso dele era de carência afetiva, o pai sumiu e ele ficava aos cuidados da avó e da mãe. A psicóloga da escola falou que ele foi diagnóstica por alguém (que ela não sabia dizer quem é) com algum transtorno. Diz que ele tem uma falta de limites muito grande. Ao questionarem a professora o que ela acha do aluno, ela relatou que ele tem uma maldade (bate muito nos colegas) e também uma falta de limites. A psicóloga S entrevistou dizendo que a mãe dela queria mudar para Lauro de Freitas e começou a questionar se mãe dele tinha capacidade de cuidar do menino. Falou que a mãe não quer batalhar e a avó tem que tomar conta de tudo. Em seguida a TO e a assistente social falaram que quando o menino mora em outro município, existe a dificuldade de ir à escola e da integralidade da atenção. Depois, começaram a falar do caso atendido pela psicóloga S. A professora fala que ele não consegue acompanhar o comportamento do grupo 5. A psicóloga S fala que não acha que ele tenha uma alienação autística, ela suspeita de um leve transtorno que compromete a aprendizagem. Ela encaminhou para uma médica que pediu um exame neurológico. Ela fala que o CAPSi não tem recursos psicopedagógicos para atendê-lo e vai encaminhar para o CEEBA ou uma sala multifuncional. Depois retornaram a falar de uma forma recriminatória e preconceituosa da irmã e da mãe do menino. Falaram que ela era que nem ele e falaram da hereditariedade e da genética. A psicóloga falou que quando ele tinha uma ação pedagógica mais individual, ele se desenvolvia mais. A conversa acabou e antes de irmos embora passamos na sala de uma menina que tinha começado a ser atendida no CAPSi. As profissionais do CAPSi deram uma

observada rápida e formos embora. As crianças estava na hora do lanche e a menina que iam observar estava deitada na porta quase dormindo. No caminho e volta elas falaram da importância de ir na escola, notaram que a menina que começou a ser atendida estava mais separada da turma e comentaram de uma possível ação pedagógica equivocada. Comentaram das dificuldades da escola e a cena da professora dando aula. Criticaram a ação pedagógica dela dizendo que ela poderia escolher um poema melhor e demonstrar as cores de forma mais visual. Chegando no CAPSi, eu me despedi e a psicóloga S me convidou para acompanhar ela numa visita a uma escola na próxima sexta.

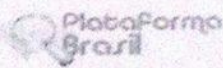
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

- 1- Falar da trajetória profissional
- 2- Durante o tempo que passei no CAPSi, deu para ver que ele recebe muitas crianças e adolescentes encaminhados pela escola ou com demandas escolares. Como você vê essa situação?
- 3- Quais são os principais motivos que você identifica no encaminhamento de crianças e adolescentes ao CAPSi pela escola?
- 4– Porque você acha que esses encaminhamentos da escola acontecem?
- 5 – Muitos casos encaminhados pela escola ao CAPSi não seriam para esse equipamento. Como o CAPSi têm lidado com esses casos? Qual a sua opinião sobre eles?
- 6 – Como você acha que o CAPSi têm se relacionado com as escolas dos usuários encaminhados pela escola ou com demandas escolares?
- 7 – Como você acha que a ida ao CAPSi repercute na vida escolar da criança?
- 8– Em sua opinião, quais são os desafios que o CAPSi enfrenta para atender as demandas escolares?
- 9 – Você poderia citar um caso que te marcou no CAPSi relacionado ao atendimento das demandas escolares?
- 10 - Qual a sua opinião sobre a escola pública brasileira?
- 11 - Há algo mais que você gostaria de acrescentar?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA
 BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL
 Uma análise sobre as queixas escolares em um CAPSi de Salvador- BA

Pesquisador: Klessyo do Espírito Santo Freire

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48087715.4.0000.5531

Instituição Proponente: Faculdade de Educação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.182.045

Data da Relatoria: 12/08/2015

Apresentação do Projeto:
 Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Educação da FAGED_UFBA sob a orientação da Profª Drª Lygia de Sousa Viégas.

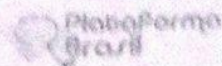
Objetivo da Pesquisa:
 O protocolo tem como objetivo geral "analisar de que maneira as queixas escolares têm sido acolhidas e tratadas em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) de Salvador - BA. Os objetivos Específicos são:

- "Levantar o perfil sócio demográfico dos usuários de um CAPSi de Salvador- BA.
- Identificar o que as Políticas Públicas Nacionais de Saúde e de Educação falam sobre a relação entre os CAPSi e as Escolas.
- Analisar de que forma acontece a articulação entre um CAPSi de Salvador- BA, as escolas e outras instituições de educação.
- Compreender qual a perspectiva de usuários, familiares e profissionais sobre a queixa escolar encaminhada para o CAPSi.
- Analisar de que forma as práticas medicalizantes e de superação da medicalização estão presentes em um CAPSi de Salvador- BA".

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

Página 01 de 03

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Classificação do Parecer: 1/10/2015

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos identificados pelo pesquisador "envolvem o constrangimento, por parte de outros usuários, profissionais ou familiares do CAPSI pesquisado, em caso de identificarem como suas as declarações feitas à pesquisa" mitigados pelo sigilo e confidencialidade das informações presentes tanto nos relatórios quanto nas publicações.

Embora o pesquisador não mencione os benefícios, julgo que são todos indiretos: melhoria da qualidade do serviço prestado pelas instituições envolvidas decorrente da produção desse conhecimento, ou seja, a escola que insiste em encaminhar seus "fracassados" para atendimento "clínico" a família e os próprios CAPSI. Pondero que os benefícios superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delimitada e fundamentada nos conceitos de fracasso escolar e medicalização cujos participantes são crianças e adolescentes entre cinco e doze anos encaminhados ao CAPSI pela escola, seus familiares e os profissionais do CAPSI pesquisado. De natureza quanti-qualitativa e baseada na etnografia, essa pesquisa apresenta os instrumentos metodológicos apropriados à sua efetivação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos exigidos pelo CEP/EE/UFBA.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o TCLE e TA estão redigidos em linguagem adequada e asseguram aos participantes plena autonomia de parecer favorável à sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologa o PARECER DE APROVAÇÃO emitido pelo relator.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

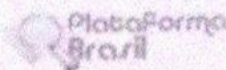
Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cecp@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Comunicado de Parecer nº 155/2015

SALVADOR, 12 de Agosto de 2015

Assinado por:
Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/Nº 3º Andar
Bairro: Castelo CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71) 3283-7615 Fax: (71) 3283-7615 E-mail: unibo@ufba.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SMS



COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Salvador, 1º de julho de 2015.

Carta de Anuência - Parecer nº 032/2015

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, os Distritos Sanitários de Subúrbio Ferroviário e Barra / Rio Vermelho e os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil declaram-se co-participantes e cientes da realização do projeto de pesquisa intitulado **"EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL: Uma análise sobre as queixas escolares em um CAPSi de Salvador- BA"**. Este estudo tem como pesquisador responsável o mestrando Klessyo do Espírito Santo Freire sob orientação da Profª. Lygia de Sousa Viégas, da Faculdade de Educação da UFBA – Universidade Federal da Bahia.

O pesquisador apresentou o projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta Secretaria, obtendo parecer favorável à sua condução após submissão e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta Carta não permite acesso ao locus de pesquisa para coleta de dados. A ação só poderá acontecer após envio de Ofício emitido por esta Subcoordenação para o Distrito Sanitário de referência.

Atenciosamente,


Melícia Silva Reis Góes


Ana Maria Oliveira

ANEXO C - RAAS (REGISTRO DAS AÇÕES AMBULATORIAIS EM SAÚDE)

Ministério da Saúde
SUS
SAÚDE

RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

pg. 10

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS
Nº DO PROPRIETÁRIO _____ NOME DO PACIENTE _____
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____
RAÇA/COR _____ ETNIA INDÍGENA _____ NOME DA MÃE _____
NOME DO RESPONSÁVEL _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ UF _____
CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____ CEP DE RESIDÊNCIA _____ ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) _____
COMPLEMENTO _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

DADOS DO ATENDIMENTO
DATA DE ADMISSÃO _____ MÊS ATENDIMENTO _____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO _____
Atendimento de Acesso ou Outros Grupos: NÃO SIM Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: Acesso Crise Outros Grupos
ORIGEM DO PACIENTE: Demanda Espontânea Atenção Básica Serviço de Urgência
Outra CAPS Hospital Geral Hospital Psiquiátrico
CID-10 PRINCIPAL _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____
CID-10 CAUSAS ASS. _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS _____
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? SIM NÃO CNES _____
ENCAMINHAMENTO: Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica Alta Óbito DATA DE CONCLUSÃO _____

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DDMM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE _____	DATA (DDMM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE _____	DATA (DDMM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE _____	DATA (DDMM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE _____	DATA (DDMM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	

