



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA
MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA

SUELY MARIA COSTA LÔBO

**O PERCURSO DA QUEIXA ESCOLAR DA EDUCAÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DE
ENCAMINHAMENTOS PARA O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

SALVADOR

2019

SUELY MARIA COSTA LÔBO

**O PERCURSO DA QUEIXA ESCOLAR DA EDUCAÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DE
ENCAMINHAMENTOS PARA O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como critério parcial para obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Fernandes Pitta.

SALVADOR

2019

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

L799 Lôbo, Suely Maria Costa

O percurso da queixa escolar da educação à saúde: análise de encaminhamentos para o Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência / Suely Maria Costa Lôbo. – Salvador, 2019.

94 f.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. CAPS 2. Queixas escolares 3. Trajetórias 4. Medicalização I. Pitta, Ana Maria Fernandes – Orientadora II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 371.78

TERMO DE APROVAÇÃO

SUELY MARIA COSTA LÔBO

“O PERCURSO DA QUEIXA ESCOLAR DA EDUCAÇÃO À SAÚDE: análise de encaminhamentos para Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência”

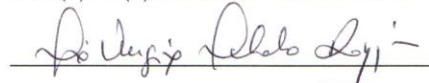
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 23 de setembro de 2019.

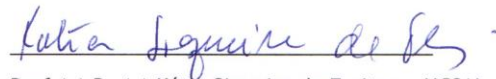
Banca Examinadora:



Prof.(a) Dr.(a) Ana Maria Fernandes Pitta - UCSAL (orientadora)



Prof.(a) Dr.(a) Maria Virgínia Machado Dazzani - UFBA



Prof.(a) Dr.(a) Kátia Siqueira de Freitas - UCSAL

“Uma vez suspeitada uma doença – ou distúrbio, ou transtorno, os nomes mudam ao sabor da moda – jamais se recupera a condição de saudável” (COLLARES; MOYSÉS, 2014, p. 53).

AGRADECIMENTOS

Agradeço à força do universo que conspirou a favor da realização deste Mestrado.

Aos meus pais, por abdicar de seus sonhos e investir em minha educação.

Ao meu marido Sérgio e à minha filha Marcella, pelas horas roubadas e pelo incentivo constante.

Ao meu irmão, Alexinaldo, por me permitir lembrar de nossa infância e entender que criança briga, pirraça, dá risada, apronta pegadinha e continua sendo criança.

À professora Ana Pitta, que me adotou, compartilhou conhecimentos e acertava nas palavras de estímulo, levantando nossa autoestima e apontando nossas possibilidades.

Aos professores do programa de Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, principalmente à professora Kátia Siqueira, por me guiar nessa trajetória.

À professora Maria Virgínia Dazzani, por me acolher no meu desejo e contribuir com a sua excelente participação.

Aos meus avós (*in memoriam*), tios, tias, primos e primas, de quem carrego a alegria e vontade de lutar.

Aos amigos Walter Júnior, Luiz Henrique Jesus, as três Cláudias (Cláudia Alice, Ana Cláudia e Cláudia de Jesus), Gisele, Joanne e Daniela Miguez, que de alguma forma disponibilizaram seu tempo para esta pesquisa.

Aos amigos que fiz neste Mestrado, principalmente, Karla, Luzane e Karina, que apaziguavam a minha angústia a cada desafio e traziam alegria para nossas aulas.

À equipe do Centro de Referência Loreta Valadares, amigos queridos, que contribuíram com o meu saber e despertaram o interesse por políticas públicas.

À equipe do CAPS ia Luis Meira Lessa, por participarem, torcerem e acreditarem nesta pesquisa.

À equipe da Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal, da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Salvador, por agilizar todas as etapas burocráticas.

Às crianças e pais informantes, que abriram suas vidas e suas histórias.

Aos funcionários da Universidade Católica do Salvador, sempre tão solícitos.

À doce Cris, do Comitê de Ética, que me ajudou no cumprimento dos prazos.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica brasileira determinou um novo modelo de assistência à saúde mental, banindo o hospitalo centrismo, e instituindo os serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais (SR) e Unidades de Acolhimento (UA). Nessa perspectiva, as crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes também foram incluídos nessa política, e passaram a ser atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPS ia). Ainda que o critério para o cuidado nessa unidade de saúde seja a gravidade do sintoma e o risco psíquico do assistido, a maioria dos perfis que chegam aos CAPS ia são de crianças e adolescentes que apresentam problemas comportamentais ou queixas escolares, relacionadas à aprendizagem. Diante dessa realidade, o objetivo proposto nesta pesquisa é descrever a trajetória realizada por crianças que cursam até o quinto ano do ensino fundamental I, que são encaminhadas para um CAPS ia da cidade do Salvador, local da investigação, oriundas da rede municipal de ensino de Salvador. A pesquisa teve abordagem qualitativa exploratória, utilizando pesquisa bibliográfica e análise documental, com coleta de dados a partir de observação de campo, entrevistas semiestruturadas realizadas com responsáveis de pacientes que cursavam até o quinto ano do ensino fundamental I e grupo focal com a participação de profissionais do CAPS ia. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo por categorias, as quais foram: demanda familiar, queixa da escola, encaminhamentos, uso de medicamentos, escolarização, adoecimento psíquico, exclusão das atividades escolares, contato com a escola, desenvolvimento infantil, efeitos positivos e negativos, cura e dificuldades. Verificou-se que todas as crianças investigadas foram encaminhadas pela escola, que pressionam os pais para o fornecimento de relatórios diagnósticos, inclusive com sugestão de uso de medicações. Além disso, notou-se que há um esforço dos profissionais do CAPS ia em desconstruir as demandas, localizando a criança na sua história. Ademais, percebeu-se que a política nacional, ao exigir diagnósticos fechados para matricular os pacientes no serviço, contribui para o engessamento diagnóstico, perpetuando a doença na criança. Por fim, conclui-se que o acompanhamento de crianças e adolescentes carece de uma política própria, com intervenções no território, que possibilitem sua atenção de maneira integral.

Palavras-chave: CAPS ia. Queixas escolares. Trajetórias. Medicalização.

ABSTRACT

The Brazilian psychiatric reform established a new assisting strategy to mental health care, removing the focus on hospitalization and implementing alternative services, Psychosocial Attention Centers (CAPS), Residential Services (SR) and Shelter Units (UA). Children and teenagers suffering from serious and persistent mental disorders were also targeted by this new policy initiative, and they started being assisted by the Children and Teenagers' Psychosocial Attention Centers (CAPS ia). Although the criteria adopted to identify which patients should be assisted by these centers is the severity of the symptoms and the psychiatric risk, most of the children and teenagers that seek help from CAPS ia actually show behavioral problems or learning difficulties related to schooling activities. The goal of the present research is to describe the progress made by the children enrolled in the first five grades of the municipally managed elementary schools which were directed to a CAPS ia unit located in Salvador, the investigation location. The research was structured as an exploratory qualitative work based on a literature survey and documental analysis of data collected from infield observation, and semi-structured interviews undertaken with the patients' tutors and with a focal group made up by professionals working at CAPS ia. The data analysis was conducted based on content analysis by categories, such as family demand, school complaints, follow-ups, drug use, schooling, psychiatric illness, exclusion of school activities, school contact, child development, positive and negative effects, cure and difficulties. The analysis shows that all investigated children were sent by the school, and the schools require that the parents provide diagnosis' reports which included suggestions of medication use. The professionals at CAPS ia are committed to de-construct demands, using the child's history in the therapy. There quirement of the national policy that a diagnosis is made in order to enroll patients in the service has contributed to unreviewed diagnosis, compromising the child's chances to stop the disease from progressing. The present research concludes that the care of children and teenagers require a targeted policy, with territory interventions which allowmore comprehensive care.

Keywords: CAPS ia.Schools' complaints.Trajectories. Drug use.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Percurso metodológico da pesquisa	44
Quadro 2	Tipificação dos CAPS, conforme critério populacional e perfil do usuário	50
Quadro 3	Territorialização dos CAPS ia, em Salvador	50
Quadro 4	Quantidade de pacientes por distrito sanitário, em Salvador, no CAPS ia 2	52
Quadro 5	Quantidade de pacientes por classificação diagnóstica, em Salvador, no CAPS ia 2	54
Quadro 6	Perfil dos informantes responsáveis pelas crianças	59
Quadro 7	Perfil das crianças investigadas	60
Quadro 8	Perfil dos profissionais informantes	60

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distritos sanitários de Salvador	49
Figura 2	Representação geográfica dos CAPS ia em Salvador	51
Gráfico 1	Percentual de pacientes ativos por distrito sanitário, em Salvador, no CAPS ia 2	52
Gráfico 2	Percentual de pacientes ativos por classificação diagnóstica no CAPS ia 2	53
Gráfico 3	Percentual de diagnósticos por distrito sanitário no CAPS ia 2	54

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único da Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ia – Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

SR – Serviços Residenciais

UA – Unidades de Acolhimento

RMI – Renda Mínima de Inserção

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística

TDA – Transtorno de Déficit de Atenção

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

CID – Código Internacional de Doença

ADI – Auxiliar de Desenvolvimento Infantil

AEE – Atendimento Educacional especializado

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O ESTADO MODERNO NA GARANTIA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	25
2.1	DEMOCRACIA E LIBERDADE.....	25
2.2	DESCENTRALIZAÇÃO E INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	29
3	O PERCURSO DA ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA NO BRASIL SOB A ÓTICA DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO	35
3.1	O ENTRELAÇAMENTO ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA INFÂNCIA.....	35
3.2	A QUEIXA ESCOLAR COMO REPRESENTANTE DO FRACASSO INDIVIDUAL.....	38
3.3	PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO.....	40
4	PERCURSO METODOLÓGICO	43
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	44
4.2	TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO.....	46
4.2.1	Pesquisa bibliográfica	46
4.2.2	Análise documental	46
4.2.3	Observação de campo	47
4.2.4	Entrevista semiestruturada	47
4.2.5	Grupo focal	48
4.3	CONTEXTO E LOCAL DA PESQUISA.....	49
4.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	55
4.5	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	56
4.6	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	56
4.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	57
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1	Demanda da família	61
5.2	Queixa da escola	62
5.3	Encaminhamentos	63

5.4	Uso de medicamentos.....	65
5.5	Adoecimento psíquico.....	66
5.6	Escolarização.....	68
5.7	Exclusão de atividades escolares.....	69
5.8	Contato com a escola.....	70
5.9	Desenvolvimento infantil.....	71
5.10	Efeitos positivos e negativos.....	71
5.11	Cura	72
5.12	Dificuldades.....	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (COM RESPONSÁVEL PELO PACIENTE).....	84
	APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL (COM PROFISSIONAL DO CAPS ia)	86
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR.....	87
	ANEXO B – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO SALVADOR.....	91

1 INTRODUÇÃO

A queixa escolar se constitui um dos fenômenos que mais surge como sintoma nos serviços de saúde mental infantil. Segundo Machado (1991) e Souza (1993), citados por Cabral e Sawaya (2015), de 50% a 70% das crianças e adolescentes que chegam aos serviços públicos de saúde mental apresentam queixas referentes a dificuldades de aprendizagem ou problemas comportamentais que acontecem na sala de aula ou no ambiente escolar. Diante desses dados, verifica-se a consolidação de uma trajetória perversa: encaminhar para a saúde os problemas oriundos da educação. Esse caminho traz consequências, tanto no âmbito individual, em relação aos alunos encaminhados, quanto alimenta a esfera de patologização de comportamentos.

Faz parte da Reforma Psiquiátrica a implementação de leis que buscam promover a socialização e inserção do portador de transtorno mental na comunidade, banindo, por completo, o modelo hospitalocêntrico, que vigorava até então. Fialho (2014) ressalta que o cuidado em saúde mental fora construído, obedecendo aos princípios básicos que orientam o Sistema Único da Saúde (SUS), utilizando critérios de território, organização da atenção em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção de cidadania e construção de autonomia dos usuários e familiares.

Dentro do ideário da Reforma Psiquiátrica, constituíram-se três grupos explicitamente definidos, com coberturas específicas para o cuidado em saúde mental, a saber: adultos, crianças e adolescentes e usuários de drogas. Buscando prover uma assistência mais especializada para esses grupos, a portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) do Ministério da Saúde, define locais diferenciados e condições para o atendimento desses grupos, como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I e CAPS II, para maiores de 18 anos, definindo pelo número de habitantes do município de referência; CAPS infância e adolescência (CAPS ia), para assistência àqueles de 0 a 18 anos; CAPS álcool e drogas (CAPS ad), para usuários de substâncias psicoativas; e CAPS III, com funcionamento 24 horas, voltado para todos os públicos. Contudo, o eixo comum que regula esses

serviços é a assistência aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes que, clinicamente, se manifestam através de neuroses graves e psicoses.

Atualmente, uma nova configuração está se organizando na política de saúde mental. Recentemente, foi publicada a Nota Técnica 11/2019, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), em que se entende uma nova forma de assistência, muito mais centrada na hospitalização, pois foca em uma maior remuneração desses serviços que na utilização dos serviços substitutivos. Todavia, esse documento foi retirado do portal do Ministério da Saúde, sem maiores explicações, ainda que este apresentasse comprovação de veracidade. Entende-se que mudanças estão acontecendo e que o impacto desse novo entendimento ainda está sendo esperado pela população e pelos trabalhadores de saúde mental.

Na população infantil, são encontradas altas taxas de prevalência de transtornos mentais. Beltrame e Boarini (2013) informam que a incidência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes, em todo mundo, revela uma prevalência na faixa de 10% a 20%, dos quais entre 3% e 4% necessitam de cuidados intensivos. Tanaka e Ribeiro (2009) também citam pesquisas que demonstram tal realidade e advertem sobre a dificuldade do reconhecimento dos sintomas por parte de médicos pediatras e da família. Tal ideia coaduna com o que defende Couto (2003):

Considero como um dos grandes equívocos que redundaram no tardio enfrentamento pelo campo público do cuidado de crianças e adolescentes o fato de não ter sido tributada a uma criança a condição de “ser louca”. A “criança aprendiz” que apenas cumpre a função de aprender – para se desenvolver inclusive – informou e configurou um campo de políticas públicas cujo formato foi basicamente assistencial e educacional. (COUTO, 2003, p. 193).

Couto e Delgado (2015) fazem um percurso sobre a assistência à infância e adolescência no Brasil, desde a República até os dias atuais. Eles assinalam que a medicina higienista legitimou a prática assistencialista, na qual a pobreza era motivadora dos diversos desvios comportamentais, e para isso, o Estado utilizava de intervenções como o isolamento e a reeducação pela força, para correção desses comportamentos. Segundo os autores, esse trabalho fora desenvolvido pela Liga Brasileira de Higiene Mental, que constituiu: “[...] uma das primeiras iniciativas em psiquiatria infantil no Brasil, em estreita sintonia com a concepção de Estado como

um ente tutelar, com função de controle e normalização de condutas” (COUTO; DELGADO, 2015, p. 26).

Dessa forma, há um pareamento entre o tratamento dado aos loucos e às crianças, que eram retiradas do meio familiar e, sob a tutela do Estado, encaminhadas para reformatórios, com o objetivo de que, ao receberem práticas corretivas, pudessem, no futuro, ser reinseridas socialmente. As instituições que acolhiam essas crianças embasavam seus discursos no campo do assistencialismo e da filantropia. Essa forma de tratamento ainda mostra seus efeitos nas unidades escolares que tendem a excluir da sala de aula a criança que incomoda ou que traz alguma distração para a turma, com a qual o professor não se sente preparado para lidar.

Couto e Delgado (2015) citam também o Pavilhão Bourneville, criado em 1904, nas dependências do Hospital Nacional de Alienados, e o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, inaugurado em 1942, no Rio de Janeiro, como marcos na atenção a crianças e adolescentes, mas também sob a égide do cuidado de exclusão e contenções físicas e medicamentosas vigorantes na época.

Mudanças fundamentais só ocorreram com a promulgação, em 1988, da Constituição Federal do Brasil, que, em seu artigo 227, assegura à criança e ao adolescente o direito a vida, à saúde, à educação, à alimentação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, salvaguardando-os de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988), e assim alavancou o surgimento da Lei 8.069, conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgada em 1990, a qual reafirma a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e inauguraram novos lugares sociais (BRASIL, 1990).

Esses marcos legais estão em consonância com as Conferências Nacionais de Saúde Mental, corroborando um novo olhar e promovendo a construção de políticas públicas em saúde mental para esse público. As conferências aconteceram, a primeira, em 1987, a segunda, em 1992, a terceira, em 2001, quando também aconteceu a promulgação da Lei 10.2016 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a quarta, em 2010.

Vale destacar que a III Conferência Nacional de Saúde Mental delineou a proposta do Estado brasileiro para a construção da política de saúde mental para a

criança e adolescente, enaltecendo-os como sujeitos psíquicos e de direitos, a integralidade da política em consonância com a política geral de saúde mental, o caráter intersetorial de base territorial, além de opor-se claramente à medicalização, institucionalização e controle de ajustes de conduta. Já a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, além do caráter avaliativo da política, foi integralmente intersetorial, desde a sua convocação, e inscreveu a noção de rede pública ampliada de atenção.

Bellini *et al.* (2014), ao definir intersetorialidade, utilizam o termo integração como determinante da ação do diálogo entre as diversas áreas, preservando o caráter específico de cada uma e buscando a eficiência de resultados. Verifica-se a articulação entre as diversas políticas, voltada para a superação de limites que são inerentes à sua aplicação, de forma isolada:

A intersetorialidade é considerada um modelo de gestão que visa romper com a fragmentação das políticas sociais, trazendo inclusive uma transformação de conceitos, ações e maneiras de pensar a prestação de serviços sociais e a relação que se dá entre essa prestação de serviços, o Estado e os cidadãos. (BELLINI *et al.*, 2014, p. 5).

Pereira (2014) aponta que o aspecto da transcendência da intersetorialidade é um ir além e passa pela destruição de algo constituído para a reconstrução de um saber, no qual as diversas facetas e setores interagem e se reconfiguram, um influenciando e sendo influenciado por outro; não renega as contradições e conflitos, nem desconsidera os aspectos relacionais e dinâmicos. Um setor não tem sentido sem o outro, e só tem valor dentro do todo, ou seja, isolado, ele perde a sua função. A autora aposta na perspectiva dialética, visto que o Estado, a sociedade e os cidadãos assumem um papel ativo na identificação de solução dos problemas, e predispõe movimento, ação; não é uma mera solução técnica ou administrativa.

O panorama da política de saúde mental da criança e do adolescente ainda enfrenta diversos desafios, à medida que a criança se constitui em um *devir*, sujeito em construção, atravessado por diversos eixos que precisam dialogar para permitirem caminhar em uma única direção.

A relação entre o modelo educacional aplicado por um Estado nacional e a classe dominante já fora estudado por diversos teóricos. Anísio Teixeira (2006), em palestra proferida em 1961, já alertava sobre a influência da classe dominante no

processo de industrialização e como isto interfere na educação. Ele traz a referência de estudos produzidos pelo Inter-University Study of Labor Problems in Economic Development, nos quais reconhece comportamentos diferenciados na condução da grande revolução industrial. Para o autor:

O processo de industrialização é terrivelmente dinâmico e, de certo modo, implacável e irreversível. Se a elite que o estiver comandando não se revelar capaz, será muito provavelmente destruída e substituída pela elite nova que se vier formando à sombra dos erros da primeira. (TEIXEIRA, 2006, p. 225).

Ele destaca que os economistas reconheceram cinco tipos de elite: a dinástica, a da classe média, a dos intelectuais revolucionários, a dos administradores coloniais e a dos líderes nacionalistas, e, assim, “Como é natural, cada elite estabelece a educação que melhor se ajuste à sua estratégia para a industrialização” (TEIXEIRA, 2006, p. 242).

Sendo assim, para a elite dinástica, a universidade seria para um pequeno grupo e o trabalhador receberia apenas educação elementar. Já para a classe média, a educação promoveria a mobilidade vertical. Para os intelectuais revolucionários, a educação estaria influenciada pela ideologia revolucionária, e os trabalhadores recebem treino especial. Para os administradores coloniais, a educação é adaptada à metrópole, com pouco acesso dos nativos. E, para os líderes nacionalistas, o sistema educacional deveria promover a independência.

Atualizando o discurso de Anísio Teixeira e trazendo para a perspectiva neoliberal que hoje domina os Estados Nacionais, não se abandona essa influência e determinação que o capital exerce sobre as políticas públicas. Ao discutir sobre o ensino superior no Brasil, Nunes (2007) é enfático ao analisar a escolha consciente que o Estado brasileiro fez ao optar pela expansão dessa modalidade de ensino por entidades privadas: “O Brasil decidiu crescer sua oferta de ensino superior à base do setor privado; em seguida deliberou por estimular a existência de empresas educacionais com finalidades lucrativas” (NUNES, 2007, p. 106). Esse é um exemplo da força do capital que vai penetrando nas políticas públicas, e por atender ao grande capital, deverá ter investimento e retorno deste. O autor também ressalta o caráter diferenciado de instituições/empresas privadas, com a finalidade lucrativa e as organizações públicas, e como têm caráter e estruturas diferenciadas, também não podem ser reguladas pelas mesmas leis.

Bourdieu ressalta que o discurso neoliberal é um discurso forte, visto que a favor dele tem todas as forças que contribuem para seu fortalecimento:

Em nome desse programa científico de conhecimento convertido em programa político de ação, cumpre-se um imenso trabalho político que visa criar as condições de realização e de funcionamento da teoria; um programa de destruição metódica dos coletivos. (BOURDIEU, 1998, p. 82).

Para o autor, as empresas, como forma de se ajustarem aos mercados, realizam mudanças, a saber: a flexibilização, a polivalência, a individualização e a responsabilização. Ele nomeia que o efeito disso entre os trabalhadores é o darwinismo moral, a individualização e a competitividade. Mesmos conceitos encontrados na dinâmica da escola, ao designarem para a saúde problemas da ordem da educação.

Dazzani *et al.* (2016, p. 238) definem queixa escolar como “[...] a dinâmica de elaboração de demandas acerca de dificuldades de aprendizagem e problemas de escolarização apresentados por alunos em suas trajetórias acadêmicas”. Freller *et al.* (2001) ressaltam o aspecto multifatorial da queixa escolar, apontando como suas promotoras a rede de relações que inclui a escola, a família e a própria criança.

Ball e Maguire (2011) questionam como os professores articulam diferentemente seu papel e propósito e quais as implicações disso nas relações de trabalho, na autopercepção e efetividade de sua prática. Eles buscam responder a essa questão comparando as reformas educacionais implementadas no Reino Unido e nos Estados Unidos da América. Segundo seus estudos, no Reino Unido, o diretor atuava como um burocrático, gerencialista, respondendo a controles centrais, que determinavam o que era feito na base. Nesse formato de atuação, há o privilégio de decisões individuais, fomentando a competição e a rivalidade entre os pares. O maior objetivo era o alcance de notas que demonstravam sucesso nos exames nacionais, ainda que para isso fossem excluídos os alunos de baixos índices. Enquanto que, nos Estados Unidos, o foco estava na equidade e nas questões sociais, com uma postura do diretor mais democrática e participativa, estimulando a participação dos professores no processo decisório. Assim, eles se sentiam sujeitos atuantes e responsabilizados pelos resultados alcançados. Cada escola possuía autonomia para produzir decisões locais e democráticas, em uma atuação comunitária.

Versar sobre o fracasso da criança e do adolescente na escola, conduzindo-os para uma unidade de saúde, é reconhecer como um fracasso individual na fixação e produção de saber e desconsidera toda a perspectiva da incompetência da escola e seus atores ou do fracasso da política pública em fazer cumprir os seus objetivos.

Castel (2015, p. 553), ao falar da renda mínima de inserção (RMI), enaltece o direito à inserção: “É preciso ajudá-los a reencontrar um lugar normal na sociedade”. Contudo, ele chama a atenção que isto é uma falácia, haja vista que melhora as condições de vida, mas não a transforma. É uma inserção social que não leva a uma inserção profissional, ou seja, “[...] uma condenação eterna à inserção” (*ibidem*, p. 554). Ele traz o mito de Sísifo, como ilustrativo da situação, que rola a sua rocha, e quando está próxima de atingir o cume, desce encosta abaixo, por não encontrar lugar estável. Esse é o exato efeito que recai sobre crianças e adolescentes que, por motivos de aprendizagem, são encaminhadas para a saúde. O efeito de tal ato é perverso e atinge a família, que passa a analisar o comportamento da criança sob a ótica da doença, e a criança, que passa a ser marcada, tatuada com o estigma do portador de transtorno mental.

Dazzani *et al.* (2016) citam Moysés (1998) e Souza (2007) para ratificar que a individualização da causalidade das dificuldades escolares remete a justificativas biológicas ou psíquicas. Essa realidade também foi confirmada por Silva (1994 apud CABRAL; SAWAYA, 2015, p. 144), em uma pesquisa no Centro de Saúde-Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, quando “[...] mostrou que o sistema educacional fundamental tinha a tendência a atribuir as dificuldades escolares dos alunos a problemas intrapsíquicos e/ou orgânicos”.

Essa forma de culpabilização do indivíduo em detrimento do fracasso da aplicação da política segue a tendência neoliberal, que retira do Estado a responsabilidade sobre a proteção aos vulneráveis e busca no fracasso de cada um o não alcance do seu sucesso. A escola, representada por seu corpo técnico, confirma essa perspectiva. O paradigma neoliberal coloca prioridade absoluta para o interesse do capital. A proteção social, que era exercida pelo Estado, é tratada como decisão pessoal. Não há interesse pela desigualdade, pelo único, por aquele que está aquém ou além da curva normal. Esse ponto fora da curva é tratado como trabalhoso, incompetente ou doente. É a era da generalização. Jinkings (2008), ao citar Mészáros (2008), diz que a educação não é um negócio, não deve qualificar

para o mercado, mas para a vida. Diz que a educação precisa ir além da lógica desumanizadora do capital. Assim, tratar crianças e adolescentes como portadores de transtornos mentais ao se verificarem suas dificuldades de cunho acadêmico pode ser visto como uma forma de legitimar a lógica da patologização do comportamento.

No Brasil, pesquisas reafirmam que a queixa escolar são encaminhadas para as unidades de saúde, confundidas como transtornos mentais. Beltrame e Boarini (2013), ao analisarem as demandas recebidas em um CAPS ia de um município do estado do Paraná, verificaram que 60% dos encaminhamentos tinham a queixa escolar como principal motivo da procura do serviço. Em alguns casos, essas queixas escolares eram o teor principal, e outras vezes, estavam associadas a alterações comportamentais. Nas suas conclusões, as autoras ressaltam que, quando a instituição escolar não atinge seus objetivos, procura parceria com o CAPS ia, e não repensa a prática escolar como também produtora de fracasso: “As medidas adotadas pela escola procuram sanar ou minimizar a agressividade ou a inquietação apresentada pela criança, acreditando que isso possa favorecer o cumprimento das metas educacionais” (BELTRAME; BOARINI, 2013, p. 342).

Navas (2013) chama a atenção para a falta de políticas públicas no Brasil que tratem dos transtornos de aprendizagem, ainda que nem todas as queixas escolares se revertam em transtornos de aprendizagem. Segundo a autora, mesmo que as condições educacionais fossem iguais, de 4% a 6% da população escolar apresentaria dificuldades no processo de aprendizagem, posto que esta teria comprometimentos nas funções cognitivas de atenção e memória, na linguagem social e até emocional.

A falta de uma política pública voltada para verificação e cuidado dessas demandas empurra esse público para as unidades de saúde mental. Contudo, a lógica e os recursos de assistência nesses serviços são voltados para os transtornos mentais persistentes, o que pode trazer danos subjetivos graves, e até irreversíveis, quando crianças e adolescentes são matriculados nessas unidades.

Ao normalizar essa a via da educação para a saúde e a família concordar com essa prática, reafirma-se a doença como critério de fracasso escolar da criança ou adolescente. É como se afirmassem que não aprendem porque têm uma doença que os impede, e assim, são exigidos diagnósticos e relatórios, como uma maneira da escola justificar inserções em programas psicopedagógicos.

A nota técnica 04/2014, do Ministério da Educação/Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão/Diretoria de Políticas de Educação Especial, que trata da inclusão escolar no Brasil, só se refere a alunos deficientes, com transtornos globais do desenvolvimento e de altas habilidades. Esta diz:

Neste liame não se pode considerar imprescindível a apresentação de laudo médico (diagnóstico clínico) por parte do aluno com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação, uma vez que o AEE (atendimento educacional especializado) caracteriza-se por atendimento pedagógico e não clínico. (BRASIL, 2014, p. 3).

Como não há outra nota que se refira às doenças de cunho psíquico, visto que as crianças e adolescentes encaminhados aos serviços de saúde trazem, por parte da escola, a busca de um diagnóstico escrito, para justificar um atendimento diferenciado na unidade escolar, um relatório legitimaria o limite da escola em dar conta da aprendizagem daquele sujeito, além de responsabilizá-los, ele e a família, sobre seu fracasso pessoal.

Beltrame e Boarini (2013) advertem também sobre a necessidade de ampliação do mercado farmacêutico que fomenta a produção de novas doenças e amplia o número de consumidores. Elas apontam a unidade de saúde, os CAPS ia, como ativos nesse processo, pois constituem a via para produção desses diagnósticos e para acesso às medicações. Collares e Moysés (2014) versam sobre a medicalização da vida de crianças e adolescentes, em paralelo com a medicalização da educação:

[...] na invenção das doenças do não aprender e com a medicalização do comportamento [...]. Podem-se identificar aí afinidades com a concepção de justiça vigente nas sociedades monárquicas, fundadas na herança divina para justificar as desigualdades: uma vez suspeito, jamais se retornava à condição de inocente, pois a suspeição representaria uma meia-culpa e uma meia-culpa se igualava à culpa inteira.[...]. Uma vez, suspeitada uma doença – ou distúrbio, ou transtorno, os nomes mudam ao sabor da moda –, jamais se recupera a condição de saudável. (COLLARES; MOYSÉS, 2014, p. 52-53).

Machado (2004) questiona em que medida o diagnóstico da saúde auxiliaria o fazer pedagógico. A autora responsabiliza a psicologia, que por muito tempo,

contribuiu para isentar o sistema social, o econômico e o político pela produção da desigualdade, à medida que reafirma através de diagnósticos a culpa do sujeito sobre seu fracasso.

Emir Sader (2008), ao escrever o Prefácio para o livro de Mészáros, esclarece que este vê somente a emancipação como solução para que a educação vá além do capital e rompa a alienação e a intolerância. Essa emancipação permitiria a socialização de valores, que permitem a reprodução do capital, pois “[...] no reino do capital, a educação é, ela mesma, uma mercadoria” (*ibidem*, p.16). O autor aponta que a universalização da educação só será possível em uma sociedade em que todos se tornem trabalhadores, e o sistema educacional, quando público, deve lutar contra essa alienação, visto que “[...] desalienar-se é decifrar, antes de tudo, o mistério da mercadoria, é ir para além do capital” (*ibidem*, p.18).

Mészáros (2008) acentua que o rompimento com essa alienação deve acontecer de forma coletiva, através de uma mudança estrutural e abrangente na ordem sócio-metabólica. Esse rompimento não pode ser parcial ou marginal, e sim radical, e promover a consolidação de uma alternativa hegemônica. Desse modo, duas questões se tornam cruciais:

- A transição da ordem vigente à sociedade sustentável do futuro, em que os indivíduos sociais tornem-se, ao mesmo tempo, educadores e educados, em um processo dialético contínuo.
- O desafio internacional que se deve enfrentar, posto que, ao se lutar contra o capital hegemônico, não há lugar para iniciativas locais, em espaços reduzidos, já que é totalmente impotente frente à magnitude do poder global do capital.

Estevão (2011) fundamenta a garantia de direitos através da renovação da democracia. Para ele, esse é o desafio da modernidade, visto que, diante dos novos fenômenos da contemporaneidade, novas políticas modernas, como autoridade, representação e soberania, precisam ser revistas, uma vez que, questões que antes ocupavam o espaço privado, hoje, se delineiam no âmbito público. Ele cita Goodhart que constrói o conceito de democracia emancipatória, realizada através dos direitos humanos, entendida como “[...] compromisso político com a emancipação universal através do assegurar a todos igual fruição dos direitos humanos fundamentais” (GOODHART, 2005 apud ESTEVÃO, 2011, p. 12). O autor faz um paralelo entre essa proposta de Goodhart e a de Paulo Freire, quando fala de cosmopoliticidade e

dialogicidade. A cosmopoliticidade é a necessidade de aplicar os princípios da democracia à escala mundial. E a dialogicidade seria o amor profundo pelas pessoas, o amor como base no diálogo, como condição para libertação dos oprimidos, para a humanização.

Machado (2004) propõe que o profissional deve se implicar no local e nas relações onde o sujeito se constituiu, já que os problemas apresentados pelas crianças e adolescentes vão além da relação professor-aluno. Implicar-se no local, remete em devolver ao coletivo aquilo que foi individualizado. Essa possibilidade também é ressaltada por Beltrame e Boarini (2013) que propõem a construção de um trabalho coletivo em um novo modelo de atenção à saúde mental para a infância e a adolescência.

Teixeira *et al.* (2017) apostam no trabalho intersetorial sustentado na colaboração, compartilhamento e corresponsabilização entre diversos setores da assistência, possibilitando ultrapassar a fragmentação e dispersão. A construção da política pública de saúde mental voltada para crianças e adolescentes, no Brasil, data de uma conquista recente. Ela está em consonância com os princípios que regem o SUS e com a política voltada para os adultos portadores de transtornos mentais. Contudo, existe a peculiaridade característica desse público, que é estar em desenvolvimento, ou seja, em transformação, e passar maior parte do seu tempo em uma unidade escolar, que tem por objetivo promover a construção de habilidades e competências, obedecendo a critérios determinados pelo Ministério da Educação, e que se materializam no fazer pedagógico. Desse modo, o fracasso no alcance desse objetivo, e na falta de equipamentos para uma melhor avaliação dessa criança ou adolescente que não alcançou esses objetivos, faz com que a escola, sem analisar a sua contribuição, encaminhe para unidades de saúde, prioritariamente os CAPS ia, para avaliação e constatação de doenças mentais que expliquem essa incompetência.

Dessa maneira, reproduzindo a lógica do estado neoliberal, que aponta para o indivíduo a responsabilidade sobre os seus fracassos, a escola reproduz esse modelo. A busca da família e da escola por respostas da ordem do biológico, desconsiderando aspectos culturais, de relações, e até emocionais, perpetua a hegemonia da primazia da doença sobre questões de diversas ordens, inclusive sobre não se olhar, não avaliar a própria escola como responsável sobre esse fracasso. Imprime-se, assim, uma lógica medicalizante, biologicista, individualista e

desonerada das responsabilidades do Estado, enquanto ente político e econômico responsável pela eficiência da educação na transformação de crianças e adolescentes.

Toda essa construção teórica e o fato de o meu exercício profissional acontecer dentro de uma unidade de saúde mental voltada para o atendimento de crianças e adolescentes fizeram-me acompanhar as diversas demandas que chegam a esse serviço. A clínica da infância tem uma especificidade, muitas vezes, negada e negligenciada pelos poderes públicos, tanto da ordem do desenvolvimento infantil como da ordem da educação. Essa clínica perpassa por essas duas interfaces, da ordem médica e da ordem educacional. Aliar esses dois olhares é o desafio de quem está na assistência a esse público. Todavia, quem opera no lado da educação se defronta com um não saber constante diante dos fenômenos da saúde, outorgando a essa área seus limites e desconhecimentos. E quem está no lado da saúde responsabiliza a escola, por questões que, muitas vezes, são do lado do social.

Estar na atenção à saúde mental infanto-juvenil é construir o diálogo entre esses dois campos de saberes. É verificar os limites de cada um e fomentar a construção de um conhecimento interdisciplinar, no qual o maior foco seja o sujeito da ação. É ir além dos sintomas e dos encaminhamentos, é estar atento à posição social, ao olhar do outro diante desse infante e promover o seu crescimento, ampliando possibilidades, superando os limites e possibilitando um novo posicionamento subjetivo.

Assim sendo, esta pesquisa tem importância acadêmica, pois fornecerá um olhar sobre a expectativa que os pais têm dos encaminhamentos escolares, o efeito desses encaminhamentos em uma sociedade em que o foco se constitui a doença, ou seja, a medicalização e patologização da infância, além de retratar a realidade local, do município de Salvador. Outro aspecto a ser destacado são os efeitos dessa pesquisa no que tange o planejamento da saúde mental infantil para o município de Salvador, haja vista que os resultados da pesquisa serão disponibilizados para a Coordenação de Saúde Mental e poderão fomentar decisões que desenvolvam uma melhor assistência à infância, inclusive articulada com a educação.

O tema deste trabalho se constitui em investigar as crianças que são encaminhadas pelas escolas para o serviço de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ia), com queixas escolares, tendo como problema qual a

trajetória das crianças que cursam até o quinto ano do ensino fundamental I, que são encaminhadas pelas escolas para os serviços de saúde mental e as consequências desses encaminhamentos.

Diante do exposto, algumas questões norteadoras regem este trabalho, a saber:

- 1) Qual a trajetória das crianças até o quinto ano do ensino fundamental I, quando encaminhadas pela escola até um serviço de saúde mental?
- 2) Que estrutura o CAPS ia tem para a assistência a essa demanda?
- 3) Qual o efeito desse encaminhamento para essas crianças, na perspectiva social, pedagógica, de aprendizagem e psicossocial?

Dessa forma, o objetivo geral deste estudo é analisar a trajetória realizada por crianças, cursando até o quinto ano do ensino fundamental I, que são encaminhadas para os serviços de saúde mental, com queixas escolares relacionadas a problemas de aprendizagem ou comportamentais, na rede municipal de Salvador.

Tem-se por objetivos específicos:

- Traçar a estrutura do CAPS ia como espaço acolhedor de demandas referentes à infância.
- Retratar a demanda que chega ao CAPS ia, quando são justificadas por queixas escolares, relacionada a problemas de aprendizagem ou comportamentais.
- Contribuir para a inserção de políticas públicas voltadas para a saúde mental da infância e adolescência, no município de Salvador.

2 O ESTADO MODERNO NA GARANTIA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Os indivíduos acometidos pelo adoecimento mental, na maioria das vezes, são desrespeitados no exercício pleno dos seus direitos e não ascendem à posição de Sujeitos. Sujeito esse, na concepção lacaniana, atravessado pelo desejo e inserido na linguagem, responsável pelo próprio gozo e não objeto do gozo do Outro. Ele não é um Sujeito totalitário, é um Sujeito dividido, castrado, e, portanto, está submetido às barreiras sociais e aos limites da cultura (BARROSO, 2012).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos considera o reconhecimento da dignidade como inerente a todos os membros da família humana. Segundo Bobbio (2007), as Constituições democráticas modernas trazem o reconhecimento e proteção dos direitos dos homens e, para que estas tenham efetividade, devem ocorrer perpassadas pela paz. Ele ressalta o caráter evolutivo dos direitos conquistados, já que são históricos, oriundos de uma luta de uma época, e que somente podem ser garantidos através de uma democratização progressiva do sistema internacional. Como garantir uma democratização, se a democracia que vigora na modernidade é diferente da práxis democrática instituída pelos gregos?

2.1 DEMOCRACIA E LIBERDADE

Em 1988, Bobbio, no texto “A Discussão Célere” (BOBBIO, 1988) elenca uma passagem em que três personagens defendem uma das três formas de governo: de muitos (democracia), de poucos (aristocracia) e de um só (monarquia), e cada personagem argumenta a favor da forma de sua predileção. Essa é a base do sistema aristotélico das seis formas de governo. A democracia é a forma negativa do governo de muitos. Esse sistema é hierárquico e, para Aristóteles, há uma menor degeneração ao aproximar a politia (forma positiva do governo de muitos) da democracia (sua forma negativa). Para Aristóteles, as formas mistas são difíceis de sofrerem degeneração.

Saramago (2016) questiona a democracia na modernidade. Ele aponta a submissão da política ao sistema de reprodução de capital e explicita que, atualmente, as grandes decisões são determinadas pela economia de mercado, direcionadas inclusive por instâncias legitimadas pelos Estados, como Banco

Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento. Assim, a política, que é da esfera pública, fica submissa à economia, que é da esfera privada, ou seja, uma inversão total. Essa inversão direciona também a construção das políticas públicas de um país. Ao analisar a contra-reforma no Estado brasileiro, Luza e Simionatto (2011) relatam que o Banco Mundial coaduna com a ideia de menor intervenção do Estado na operacionalização dos serviços de saúde, acentuando a necessidade de maior racionalidade na utilização dos recursos e, assim, acentua políticas públicas focalistas em setores vulneráveis e de extrema pobreza, com descentralização da gestão, participação do terceiro setor, privatização e deslocamento de bens e serviços públicos para o setor privado.

Esse mesmo movimento aconteceu na esfera da educação. Segundo Guzzo e Penteado (2010), após a Segunda Guerra Mundial, o Banco Mundial passou a assumir a liderança política da ordem capitalista vigente, e sob o pretexto de promover o desenvolvimento econômico dos países pobres, amplia sua atuação no mundo. Dessa forma, a educação é uma das políticas públicas que também sofre o processo de mercantilização. É a desresponsabilização do Estado pela efetividade das políticas públicas determinada por instâncias econômicas. Judt (2010) afirma que o único motivo pelo qual o setor privado se interessa em assumir tarefas que são essencialmente do Estado é porque este subsidia as intervenções, eliminando o risco do investimento.

Hannah Arendt (2006) crê que a liberdade começa onde a política termina. Na Idade Moderna, há a separação entre a liberdade e a política. Ela se refere à política referenciada na política grega, de participação de pessoas na comunidade, e “[...] que o fenômeno da liberdade não surge absolutamente na esfera do pensamento, que nem a liberdade nem o seu contrário são vivenciados no diálogo comigo mesmo [...]” (ARENDR, 2006, p. 191). Para ela, a política se faz entre as pessoas, e na era moderna, essa liberdade deixou de existir, pois o homem perdeu o senso de coletivo, deixou de buscar o bem comum, para priorizar a atenção às suas necessidades individuais.

Ao analisar a obra de Hannah Arendt, Silva (2016) cita que, na modernidade, a sociedade do indivíduo, que foi instaurada para que fosse livre e soberano nos seus direitos, acabou se tornando uma sociedade de massa, na qual todos são iguais, e que nesse individualismo moderno, o outro é tratado como competidor. Ele se fundamenta em Arendt ao dizer que a própria existência da necessidade

contamina a política, uma vez que o indivíduo tende a querer atender às suas necessidades individuais, priorizando o privado em detrimento do público.

Antes que se tornasse um atributo do pensamento ou uma qualidade da vontade, a liberdade era entendida como um estado do homem livre, que o capacitava a se mover, a se afastar de casa, a sair pelo mundo e a se encontrar com outras pessoas em palavras e ações. Essa liberdade, é claro, era precedida da liberação: para ser livre, o homem deve ter-se libertado das necessidades da vida. (ARENDDT, 2006, p. 194).

A liberdade está relacionada com desenvolvimento e justiça. No mundo atual, a liberdade é a liberdade de consumo, se faço parte do sistema de reprodução de mercadoria, eu sou cidadão, e isso me garante direitos. Diante disso, o paciente infante, e agravado por ser portador de transtorno mental, não cria mais valia e, portanto, é alienado dos seus direitos. Essa condição é agravada por um Estado conivente e submisso ao capital, que é destituído de humanidade na construção de suas políticas.

Na modernidade, o que regula a política é o dinheiro. O que importa é a inserção do sujeito no mercado. O papel do Estado é regular a economia para impedir o colapso econômico. O dinheiro não é mais o meio para alcançar um fim, ele é o fim por si mesmo. As pessoas não têm mais controle sobre o resultado do seu trabalho. Assim, os sujeitos históricos, detentores da força de trabalho, perderam a noção do fim de suas ações, não se reconhecem no que produzem, ou seja, viraram também mercadoria. Harvey (2005) ressalta o papel importante do Estado como agente central para o funcionamento da sociedade capitalista. E Jappe (1997), ao analisar a obra de Guy Debord “A Sociedade do Espetáculo”, enfatiza sobre o pensamento burguês: “O valor de troca, como se sabe, é determinada pela quantidade de trabalho abstrato contido na mercadoria, anulando todas as diferenças qualitativas do trabalho e dos produtos” (JAPPE, 1997, p. 4).

Essa nova condição afasta o Estado das obrigações com os sujeitos que estão marginais ao processo de produção. Temos como resultado a crise global, que se manifesta através da incapacidade do progresso em gerar riqueza e absorver toda mão de obra disponível. Pereira (2006) explicita que, com a industrialização, a pobreza não era mais explicada pela escassez, dado que as forças produtivas estavam mais desenvolvidas e, conseqüentemente, geravam cada vez mais bens e

riquezas. Ela cita Marx, em “Manuscritos Econômicos – Filosóficos”, de 1844, que afirmou:

O trabalhador torna-se mais pobre quanto mais riqueza produz [...]. O trabalhador torna-se uma mercadoria tanto mais barata, quanto maior o número de bens que produz. Com a valorização do mundo das coisas, aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. (MARX, 1984 apud PEREIRA, 2006, p. 239).

O homem, ao perder sua humanidade, aliena-se como mercadoria, e o Estado, na sua incapacidade de produzir, se torna refém do movimento do capital para gerar políticas públicas. Para Harvey (2005), o homem através do Estado cria instrumentos para sua própria dominação, visto que há uma contradição entre os interesses particulares e o da comunidade. Ele enaltece que o Estado divulga, representa e propaga um ideário de dominação, já que sempre servirá aos interesses da classe dominadora, regulando a produção e a distribuição desses conceitos. Na sociedade do individualismo, se o sujeito está à parte do sistema, se ele não está inserido no mercado, o problema é individual, o que importa é o que acontece no aqui e no agora.

Diante de um Estado tão corrompido, servo inquestionável do capital, e parte do sistema de reprodução de mercadoria, qual seria a forma de romper com essas amarras? Judt (2010), em “O Século XX Esquecido”, ressalta a necessidade de se agarrar ao tipo de instituições intermediárias, a organizações voluntárias, estruturas da comunidade, nas quais ainda é possível o exercício em pequenas escalas de vida pública, e iniciativas locais, buscando o bem e o cuidado comum, como segurança, ambiente, educação e cultura.

Para os autores Cavalcanti e Silva (2015, p. 76), a emancipação nada mais é do que a oposição à barbárie, e livrar-se das amarras da barbárie é uma forma de enfrentamento legítimo e propositivo. Emancipação é o sujeito voltar a ser sujeito: “[...] a representação histórica e não natural, são elementos-chave [...], não basta apenas interpretar o mundo de várias maneiras; a emancipação depende de mudá-lo”. Essa emancipação está vinculada a concepções mentais, respaldados nas sete esferas de atividade propostas por Harvey, em 2011: tecnologias e formas de organização, relações sociais, arranjos institucionais e administrativos, processos de produção e de trabalho, relações com a natureza, reprodução da vida cotidiana e da espécie e concepções mentais do mundo. Cada esfera evolui por conta própria, mas

sempre em interação dinâmica com as outras. O desenvolvimento desigual entre as esferas, e no conjunto delas, produz contingências e contradições. Contudo, para o autor:

Nossa única escolha é ser ou não consciente de como nossas intervenções atuam e estar pronto a mudar de rumo rapidamente quando as condições se colocarem ou quando as conseqüências não intencionais se tornarem mais aparentes. A adaptabilidade e a flexibilidade evidentes do capitalismo servem aqui de modelo. (HARVEY, 2011, p. 115).

A democracia, na modernidade, não é capaz de produzir o desenvolvimento real, para que o ser humano possa plenamente usar as suas potencialidades e capacidades. O monopólio do poder não é mais do Estado, e sim do capital.

2.2 DESCENTRALIZAÇÃO E INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

A promulgação da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1998), celebrada como Constituição Cidadã, inaugura uma nova fase na implementação das políticas públicas no Brasil. Ela garante uma maior participação popular e solidifica práticas, até então, inexistentes no País. Surgem os conselhos gestores, que buscam a participação paritária do Estado, através de técnicos e de usuários de serviços ou até representantes de associações, entidades e corporações. Nessa nova configuração, surge o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O SUS possui por princípios ideológicos a universalidade de acesso, integralidade do cuidado (prevenção e cura) e equidade, que é a igualdade de oportunidades para todos, em usar o sistema. Outros princípios também são comuns aos dois sistemas, SUS e SUAS: a descentralização e regionalização (aqui chamada de territorialização).

Falar sobre direitos remete a uma gama ampla de possibilidades: direito à alimentação, moradia, lazer, justiça, segurança, dentre outros. Wolkmer (2004) pontua a existência da carência, e localiza o direito na passagem entre a necessidade e a reivindicação. Ele acentua a existência de direitos de primeira, segunda, terceira, quarta e quinta dimensões. Para o autor, os países de capitalismo avançado já alcançaram o reconhecimento e garantia dos direitos civis, políticos e

sociais básicos (direitos de primeira, segunda e terceira dimensões), e hoje, permitem que as democracias burguesas globalizadas avancem em direção aos direitos de quarta e quinta dimensões, como garantia de direito à segurança e direito à diferença.

O conceito de necessidade humana varia de acordo com a linha teórica defendida pelos autores. Na concepção neoliberal, o conceito de necessidade referencia-se por ser individualizado, ou seja, é particular, e, portanto, diferenciado, não supõe uniformidade, e seria regulada pelo mercado. Por ser individualizada, é variável culturalmente, é relativa e é nomeada como preferência individual (GOUGH; MCGREGOR, 2008 apud GOMES JUNIOR; PEREIRA, 2013, p. 52). Desse modo,

Os partidários de ideologias burguesas, por seu lado, preferem negar a existência de necessidades humanas para não admitirem a possibilidade de elas serem atendidas por políticas públicas. Assim, como já foi insinuado, identificam essas necessidades, que são sociais, com preferências individuais, quando não com vícios, desejos e sonhos de consumo, cuja satisfação escaparia ao comprometimento do Estado. (PEREIRA, 2016, p. 59).

O Estado afasta de si a responsabilidade, visto que a posição neoliberal elege o mercado como gestor, e dentro dessa falta de proposição, não existe resposta para atender a essas necessidades e garantir os direitos: “[...] o Estado jamais poderá transformar esses interesses em alvo de políticas públicas, posto que nem o Estado e nem essas políticas têm condições de atender preferências pessoais relativizadas” (GOMES JUNIOR; PEREIRA, 2013, p. 53).

Apesar dessa constatação, Pereira (2016) defende que as necessidades não podem ser reduzidas a carências individuais, e sim aos direitos, e o Estado, como maior agente de satisfação, tem a obrigação de combater a miséria e a pobreza, dado que o mercado não tem vocação social e as instituições privadas visam ao lucro. A autora fundamenta o conceito de necessidades humanas básicas, desenvolvido por Doyal e Gough, que são as necessidades cuja não satisfação pode gerar prejuízos graves à vida humana, como degeneração física, e impedimento à participação social bem sucedida. Essa abordagem amplia o conceito de necessidades universais, pois reconhece no homem seu caráter de ser social, ou seja, dependente da convivência com outros homens:

Com base nesses pressupostos, necessidades humanas básicas são definidas como aquelas condições universais que, uma vez atendidas, possibilitam a participação social no sentido democrático. Essas condições são identificadas como saúde física e autonomia. A primeira, porque, sem a sua satisfação para além de um mínimo biologicamente estabelecido, ninguém é capaz de agir e participar como ser humano de fato. E a segunda, porque o ser humano também tem necessidade de exercer a sua autonomia de agência e de crítica, em um nível mais elevado de participação, isto é, de poder crescer como ser social e sociável, criticar o mundo em que vive e, se necessário, agir para mudá-lo. (PEREIRA, 2016, p. 62).

A pobreza é um conceito multidimensional, que varia de acordo com a época e os aspectos históricos. A partir do século XX, passou-se a definir pobreza absoluta, considerando os aspectos biológicos dos indivíduos, uma vez que se associou à ideia de sobrevivência física, da “[...] satisfação de mínimos sociais necessários à reprodução da vida com um mínimo de dignidade humana” (PEREIRA, 2006, p. 233). Crespo e Gurovitz (2002) delineiam o aspecto absoluto da pobreza através da fixação de padrões para o nível mínimo ou suficiente de necessidades, o que delimitaria uma “linha de pobreza”. Aspectos nutricionais, de moradia e de vestuário seriam calculados através de preços, gerando um valor mínimo que possibilitaria o acesso a estes. Já a pobreza relativa tem relação com as desigualdades na distribuição de renda, e também é a visão compartilhada por Pereira (2006), que aponta a satisfação das necessidades em relação ao modo de vida de uma dada sociedade. Contudo, a própria autora cita Gough que não distingue a pobreza absoluta da relativa, e defende a universalidade e a objetividade dessas necessidades, independentes das diferenças culturais e históricas.

Crespo e Gurovitz (2002) referenciam Amartya Sen que define pobreza como uma privação de capacidades básicas de um indivíduo:

Por capacidade entendem-se as combinações alternativas de funcionamentos de possível realização. Portanto, a capacidade é um tipo de liberdade: a liberdade substantiva de realizar combinações alternativas de funcionamentos ou a liberdade para ter estilos de vidas diversos. (CRESPO; GUROVITZ, 2002, p. 5).

A liberdade permite o crescimento do indivíduo, potencializa suas ações e permite que ele faça escolhas que possibilitem seu crescimento e desenvolvimento, retirando-o da condição de pobreza. Relacionar a pobreza a causas estruturais

implica uma ação estatal para combatê-la, e a necessidade de políticas públicas reparadoras, e não assistencialistas apenas, para modificação do quadro de desigualdade. Ainda que, transferência de renda não seja garantia de redução de desigualdade, como bem aponta Alcock (apud PEREIRA, 2006, p. 235): “Pobreza não é apenas um aspecto da desigualdade, mas o extremo inaceitável desta.”.

Atualmente, as políticas públicas são executadas de maneira interdisciplinar e são praticadas através de propostas, como a intersetorialidade, que alinha as diversas políticas e permite a integração do cuidado. Monnerat e Souza ([2015?]) articulam a intersetorialidade com os princípios que regem o SUAS, que também se compõe dos pressupostos de descentralização e territorialidade. Executar políticas públicas com temáticas transversais implica trazer para o debate serviços diferenciados de saúde, educação, assistência social e justiça. Entretanto, apesar da busca de um melhor entrosamento em áreas diferenciadas, essa prática é um exercício contínuo de superação. Ao tratarmos do conceito de Rede de atenção, também utilizamos esses pressupostos, cujo maior beneficiário seria o usuário. Um serviço não é suficiente para esgotar as demandas de um indivíduo. Castells (2000 apud MINAYO, 2007) define Rede como um conjunto de nós interconectados:

As redes são estruturas abertas que podem se expandir infinitamente, formando novos nós, desde que estabeleçam uma comunicação entre si. Assim, para formar uma rede criando-se uma estrutura dinâmica, é imprescindível que seus integrantes compartilhem valores e objetivos comuns e decodificáveis em um processo de comunicação. (CASTELLS 2000 apud MINAYO, 2007, p. 8).

Nessa perspectiva, temos um Estado responsável pelo bem-estar de seus cidadãos e garantidor da comunicação entre os diversos setores. Essa concepção do Estado ganhou força com as ideias de Keynes e, segundo Yasbek (2014), a partir da crise econômica de 1929, que inaugura o Estado intervencionista, haja vista que este regulará as relações econômicas e sociais. Em resultado, surge o Estado de Bem Estar Social, que busca atenuar as desigualdades geradas por um mercado competitivo e agressivo:

A base desse sistema foi a noção de Seguridade Social entendida como um conjunto de programas de proteção contra a doença, o desemprego, a morte do provedor da família, a velhice, a

dependência por algum tipo de deficiência, os acidentes ou contingências. (YASBEK, 2014, p. 5).

No entanto, com a ascensão do Estado neoliberal, há uma desresponsabilização do Estado pelas condições sociais dos seus integrantes. A globalização da economia, o não reconhecimento do fazer no processo de produção de mercadorias, fortalece a ideia individualista de que o seu fracasso é um fracasso pessoal, e cada um é responsável por alcançar o seu sucesso ou não. Essa nova forma de organização do Estado enfraquece as políticas sociais e fortalece o terceiro setor, uma vez que o Estado passa a ser um gerenciador, e não mais um executor:

O Estado apela às parcerias com o setor privado (entidades sociais, organizações não governamentais, associações voluntárias e fundações empresariais, entre outras) num processo de construção de um sistema misto de Proteção Social que se caracteriza pela intersecção do público com o privado. (YASBEK, 2014, p. 8).

Assim, o Estado administra as crises e as desigualdades, favorecendo alguns direitos, evitando a insurgência contra ele, ou melhor, contra o mercado.

O Estado de Bem Estar Social era centralizador e, por isso, burocratizou as funções do Estado na gestão das políticas sociais. Já o Estado neoliberal, propagou a menor intervenção nas políticas, privilegiando os programas sociais de auxílio à pobreza. Para tal, utilizou-se da descentralização, como uma forma de reduzir o aparato organizacional. Segundo Kerbauy (2001, p. 51), “O termo descentralização pode ser usado indistintamente para designar transferência de competência da administração direta para a indireta ou privada, entre níveis do governo ou do estado para a sociedade civil”. Isto implica transferência do poder decisório, justificada pela modernização da gestão pública e fundamentada numa democracia popular representativa.

Verifica-se que a descentralização favoreceu a municipalização de políticas públicas, visto que transferiu, para os estados e municípios, atribuições que antes eram apenas da federação, mas também fragilizou a sua execução, quando insere o setor privado como prestador de serviços e executor dessas políticas.

Para Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997), a descentralização como processo político-administrativo gera uma transferência de poder, e na América Latina, abre a possibilidade de democratização do poder, posto que é uma estratégia de inclusão

social, à medida que promove a participação de diversos setores da sociedade na concepção das políticas.

Arretche (1999), ao analisar as políticas sociais no Brasil, faz um levantamento histórico da implementação da descentralização, e a define como a transferência de atribuições de gestão para os níveis estadual e municipal, que foi consolidado, no Brasil, com a promulgação da Constituição de 1988, em que os estados e municípios brasileiros passam efetivamente a ser autônomos. Até então, os principais tributos eram concentrados na mão do Governo Federal, que possuía a centralização financeira e administrativa. Sendo assim, os programas eram concebidos pelo Governo Federal e implementados por meio de agências públicas e organizações. A partir de 1988, ocorre a descentralização fiscal, dando soberania aos estados e municípios. Todavia, a gestão dessas políticas é cara e ineficiente, já que utiliza um grande volume de recursos, com baixos resultados de proteção. A autora ressalta a estratégia de indução eficiente, que, a partir da descentralização, fomenta que a formulação e a implementação das políticas sejam realizadas pelos governos locais.

As crianças e os adolescentes, como sujeitos solventes, ou seja, inseridos no sistema de reprodução do capital, mas colocados à margem, não são valorizados na nossa sociedade, e por isso, desrespeitados quanto aos seus direitos e obrigação do Estado na sua proteção.

Os sujeitos sociais são sujeitos históricos, e por isso, passíveis de um reposicionamento diante de seu limite, que venha na forma de transtorno ou de qualquer outra diferença, na infância ou na adolescência, ainda que o Estado não facilite o acesso e reconhecimento destes; lutar é se posicionar. Esses conceitos apenas reforçaram a construção da concepção de serviços que funcionam em Rede. O paciente, criança ou adolescente, portador de transtorno mental, que desliza pela esfera da educação (pois, está inserido na escola), da saúde (já que, na maioria das vezes, está matriculado em mais de um equipamento de saúde) e da assistência social (recebe, muitas vezes, Benefício de Proteção Continuada ou Passe Livre) deve ser tratado como ser único e não fragmentado na sua essência, visto que fragmentar a atenção é re-vitimizar o sujeito no acesso aos seus direitos.

3 O PERCURSO DA ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA NO BRASIL SOB A ÓTICA DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO

Na atualidade, a educação e a saúde têm protagonizado a esfera da infância e da adolescência, todavia, nem sempre foi assim. Em razão disso, destacar-se-á o momento histórico em que aconteceu a junção dessas duas perspectivas na assistência a crianças e adolescentes no Brasil, analisando o efeito na condução das políticas públicas de saúde mental infantil.

3.1 O ENTRELAÇAMENTO ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA INFÂNCIA

Historicamente, a infância só passou a ter importância a partir da idade média. Philippe Ariès (1981), historiador que escreveu sobre a vida diária das famílias, utilizando como fonte de pesquisa as pinturas produzidas em cada época, relata que, devido à alta taxa de mortalidade da época, em razão de poucas técnicas de puericultura e cuidado, as crianças não eram consideradas enquanto membros das famílias. Havendo assim, desde os primórdios da humanidade, uma banalização do ser infante. Para Ariès (1981):

A duração da infância era reduzida a seu período mais frágil, enquanto o filhote de homem ainda não conseguia bastar-se; a criança então, mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos, e partilhava de seus trabalhos e jogos. De criancinha pequena, ela se transformava imediatamente em homem jovem, sem passar pelas etapas da juventude, que talvez fossem praticadas antes da Idade Média e que se tornaram aspectos essenciais das sociedades evoluídas de hoje. (ARIÈS, 1981, p. 10).

Na Idade Média também não existia o conceito de adolescência. Após o crescimento físico da criança e aquisição de força, ela era logo jogada no mundo adulto, com atribuições características dessa fase. O lugar da criança só era garantido a partir de sete anos, quando passavam pela fase mais delicada, garantindo a sobrevivência. As observações de Ariès são baseadas no fato de que os registros da existência dessas crianças, anterior a essa idade, aconteciam nos quadros das famílias, como pequenos anjos. O avanço de práticas no cuidado vai garantindo a vida desses pequenos seres e estes passam a ocupar mais precocemente uma importância social.

A educação, como instrumento de transformação, de levar de um lugar ao outro, antes ocupada por membros da família, passa a ser conduzida por terceiros, e ganha importância e protagonismo de religiosos, como grandes mestres de destaque. Tal mudança acontece no século XVII, e ganha maior força no século XVIII, o século das Luzes, no qual a razão passa a ter lugar de destaque. A religião passa a ser organizadora e influenciadora de diversas práticas de cuidado à infância, carregando um traço no qual se confunde religião, fé, educação, saúde e assistencialismo.

A análise da educação no Brasil ganha essa marca de maneira mais relevante quando se analisa o Brasil Colônia. Luengo (2010) ressalta que naquela época os casamentos aconteciam motivados por alianças políticas e econômicas e os filhos entre patrões e escravas ou fora do matrimônio eram descartados e abandonados. Essa prática fez com que surgissem as casas de roda, nas quais as crianças eram colocadas, sem identificação do autor ou de quem as recolhiam, e deixadas em casas religiosas ou orfanatos para serem criadas: “Essas casas foram fundadas e se mantiveram com o intuito de proteger a honra da família colonial e a vida da infância” (COSTA, 1989 apud LUENGO, 2010, p. 25). A autora ressalta o caráter transgressor que a roda incitava, pois passava a esconder o fruto das transgressões sexuais que aconteciam na sociedade, os filhos ilegítimos ou rejeitados, incitando a libertinagem e promovendo um grande número de crianças abandonadas e cuidadas em condições precárias, e muitas vezes, morrendo.

Com o século das Luzes, a escola ganha importância, principalmente, pelo caráter enclausurador, no entanto, com a justificativa de separação das crianças do mundo do adulto e promessa de preparação destas para a adultez. Para Luengo (2010), as crianças são enclausuradas como os loucos, pobres e prostitutas. Ela faz um longo percurso para destacar o caráter excludente e domesticador da escola. Com as ideias iluministas, ocorre a junção do Estado e da igreja, e com a justificativa de procurar o erro da humanidade, culpabiliza as famílias pelo fracasso das crianças, desautorizando-as diante do Estado: “Era necessário procurar aperfeiçoar a espécie humana, corrigindo e eliminando os defeitos” (LUENGO, 2010, p. 27). Essa é a base da eugenia, que buscava maximizar a perfeição, e quem não alcançava tal estatuto tinha defeitos que precisavam ser corrigidos. As famílias abastadas contavam com a educação de tutores domiciliares, já os pobres e excluídos eram tutorados pelo Estado, que contavam com o exército e a religião. No

século XIX, a pedagogia leiga, a higiene médica, além da influência dos jesuítas no sistema educacional passam a participar da concepção de escolarização para as crianças moralmente afetadas ou pertencentes à raça inferiores.

Boarini (2003 apud LUENGO, 2010) enfatiza que o caráter higienista da época aproximou a medicina da escola, valorizando o corpo sadio como condição para a sanidade mental, inclusive valorizando a boa alimentação:

Os higienistas acreditavam que, se o controle do corpo fosse feito desde a infância, as condutas na fase adulta já estariam condizentes com o ideal desejado, segundo as normas higiênicas, isto é, uma criança bem fiscalizada seria o perfeito adulto higiênico. (LUENGO, 2010, p. 30).

Mbembe (2011) utiliza o conceito de Necropolítica como a capacidade do Estado de decidir quem pode viver e quem pode morrer; é a coisificação do ser humano. Para ele, é uma concepção radical de relação do Estado, a cidadania revela novas formas de dominação e submissão, e aplicam-se a pessoas que ocupam a margem da sociedade, os seres invisíveis que habitam lugar nenhum. Esse conceito se refere à legitimação do poder do Estado em exercer o controle sobre a morte e a definição da vida. Mbembe fundamenta seu conceito na definição de Foucault de biopoder: “Na formulação de Foucault, o biopoder parece funcionar segregando as pessoas que devem morrer daquelas que devem viver” (MBEMBE, 2011, p. 21). Essa atuação higienista exercida e legitimada pelo Estado nada mais é do que o exercício do biopoder, no qual o Estado utiliza sua força sobre aquela parte da população mais vulnerável, submissa e frágil.

Motivado pelo modelo positivista de ciências, o início do século XX é marcado pelo surgimento das clínicas de higiene mental nas escolas. Segundo Patto (1991 apud LUENGO, 2010), surgem as inspeções médicas, ficha sanitária do aluno e a figura do professor soldado, com formação em áreas médicas e biológicas. Isso marca a construção da ideia de anormal e patológico, que precisam ser corrigidos. O que não está em determinado padrão está na ordem da doença. O objetivo dessa diferenciação era a promoção de indivíduos produtivos e ativos, que contribuiriam para o desenvolvimento do país. Vê-se, assim, a marca da força do capital, uma sociedade boa é uma sociedade produtiva, e só produz quem é forte e normal. O professor passa a ser o supervisor das crianças e apontador daqueles que têm o comportamento alterado ou desviante.

3.2 A QUEIXA ESCOLAR COMO REPRESENTANTE DO FRACASSO INDIVIDUAL

No Brasil, sob o manto do poder do capital e da política higienista promovida pelo Estado, e com a justificativa de fomentar o crescimento de crianças saudáveis e produtivas, fortalece-se a atuação do professor como agente disciplinador e detector dos desvios e patologias. Esse olhar mascara as subjetividades, padroniza os comportamentos e institui uma separação entre crianças saudáveis e doentes. A escola, local onde essa criança passa parte do seu dia, é reconhecida como instituição capaz de analisar, encaminhar e corrigir os desvios que se afastam da norma. A pedagogia passa a ser regida pela medicina e o fracasso escolar aparece como o problema do indivíduo, que precisa ser “curado”. Na Pedagogia, floresce o Movimento da Escola Nova, que “[...] atribuía à escola as funções de prever desajustes na infância e desenvolver comportamentos adaptativos dos educandos” (SILVEIRA; RIBEIRO; LEONARDO, 2014, p. 61).

A perspectiva centrada no indivíduo, em que ele é responsável pelo próprio sucesso ou fracasso, ganha adeptos nas ciências psicológicas. Nesse momento histórico, surgem os testes psicométricos, cujo objetivo é ditar um resultado padrão médio de respostas, nos quais quem se afastasse desses resultados necessitava de intervenções individuais. As palavras de Silveira, Ribeiro e Leonardo (2014), pontuam quão notório era o caráter excludente dessas classificações:

Para os que não conseguiam se beneficiar da educação oferecida, eram dadas explicações psicológicas fundamentadas na existência de diferenças individuais, estigmatizando-os como portadores de patologias orgânicas, perturbações emocionais ou de distúrbios provenientes de defasagem cultural, de diferenças raciais, etc. (SILVEIRA; REBEIRO; LEONARDO, 2014, p. 62).

Segundo Souza (2000 apud SILVEIRA; REBEIRO; LEONARDO, 2014), o termo queixa escolar tem sido utilizado para designar os encaminhamentos por problemas escolares ou distúrbios de aprendizagem. Dazzani *et al.* (2016, p. 238) apontam que a queixa escolar perpassa pela “[...] individualização de causalidade das dificuldades escolares, as quais remontariam a raízes biológicas ou psíquicas”. Esse caráter pessoal que é dado à queixa escolar é enfatizado por diversos autores, como, Cabral e Sawaya (2001) e Patto (1990), e destaca o processo de apontar o sujeito como responsável pelo seu fracasso. Tal prática recai sobre a Psicologia que

utiliza o diagnóstico como instrumento classificatório. Para Guzzo, Moreira e Mezzalira (2016, p. 22): “Diagnosticar a origem psíquica de determinados sofrimentos individuais que perturbassem o bem estar da sociedade se tornou a prática hegemônica da Psicologia”. Ele enfatiza o caráter reducionista dessa prática psicológica, favorecendo o serviço a favor do capital e fragmentando o sujeito e o saber psicológico. Oliveira e Bruns (1992 apud CABRAL; SAWAYA, 2015) ratificam essa mesma ideia sobre as avaliações psicométricas, quando estas são exigidas como avaliação psicológica para que os alunos tenham acesso a classes especiais. Nessa perspectiva, pode-se ampliar para o efeito dos diagnósticos médicos, quando esses são a única condição para acesso aos direitos, ou seja, uma relação perversa entre marcar uma criança com um diagnóstico e garantia de direitos legais.

Dazzani e Cunha (2016) apontam a atitude depreciativa da escola, quando esta justifica a não aprendizagem dos alunos devido ao berço cultural dos alunos mais pobres, fenômeno chamado de rubrica do fracasso escolar. Os autores chamam a atenção para os casos em que os professores se deparam com alunos portadores de deficiência e queixam-se da ausência de formação para lidar com tais quadros. Assim, esgotadas suas técnicas pedagógicas, encaminham esses estudantes para a saúde, em busca de uma saída ou fórmula para o processo de aprendizagem:

Tal dinâmica, entretanto, não é apenas protagonizada por discentes com algum tipo de deficiência, mas também por alunos cujos padrões de conduta e aprendizagem destoam do imposto pela escola, sem natureza mórbida, o que põe a nu a generalizada tendência dos agentes escolares em converter diferenças em deficiências e em patologizar questões de cunho pedagógico e social. (BERNARDES, 2008 apud DAZZANI; CUNHA, 2016, p. 65).

Machado (2004) questiona em que medida o diagnóstico da saúde auxilia o fazer pedagógico e qual a diferença para um professor saber ou não saber um diagnóstico. Ela ressalta o caráter culpabilizante de tal mecanismo, visto que recai sobre o indivíduo o seu fracasso. A autora diz que a escola reproduz diferenças entre crianças normais e anormais, e isso incide sob a subjetividade da criança, isentando a responsabilidade pública sobre tais sintomas. Oliveira, Bragagnolo e Souza (2014) ao pesquisarem sobre a queixa escolar, perceberam que o maior número de encaminhamentos para a saúde acontece nos primeiros anos de

escolarização, e que a concepção da escola sobre o fracasso escolar tem direta relação com o pensamento de sociedade e de educação que vê as diferenças que constituem o sujeito como naturalmente dadas, valorizando as prerrogativas deterministas e biologizantes. Essa exclusão da perspectiva sócio-histórica desloca o fracasso do coletivo, ou seja, com responsabilização da escola e seus diversos atores, para a criança.

Beltrame e Boarini (2013) apontam que o fracasso da escola em dar conta de suas funções e objetivos acarretaria uma grande quantidade de encaminhamentos para os equipamentos da saúde, através dos CAPS ia:

Se o aluno tem dificuldade de aprender ou não se comporta durante as aulas, tal fato não é entendido pela maioria das pessoas envolvidas no processo de ensino como um possível problema gerado no âmbito institucional ou social para além do indivíduo. Via de regra, o problema é atribuído ao aluno e, como tal, é encaminhado. (BELTRAME; BOARINI, 2013, p. 346).

Esses encaminhamentos acontecem cada vez mais precoces. Braga e Morais (2007) chamam a atenção de que os três anos marca o início da escolarização, ainda que seja um período reconhecido de adaptação.

Vê-se assim que entender a queixa escolar como um problema do indivíduo, fortalece a ideia de que este é portador de uma doença e precisa estar em um equipamento da saúde, sugerindo intervenções medicamentosas e diagnósticos biologicistas.

3.3 PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO

Cada vez mais, a humanidade vive seguindo normas sociais, maneiras de ser e de se comportar que são ditadas por grupos dominantes com interesses não muito transparentes. Essa forma de normatizar atinge também a educação, e recai sobre a dinâmica de sala de aula. Vivencia-se, cotidianamente, a taxação por nomes, categorias ou classificações que possam retratar ou definir as crianças. Busca-se na medicina explicações para comportamentos que diferenciam os homens:

Com o advento da Medicina moderna, ela se atribui a tarefa de legislar e normatizar o que é saúde e o que é doença, o que é saudável e o que não é. Quase “naturalmente” passa a legislar

também sobre os critérios para identificar, segregar e silenciar (de diferentes maneiras) os que afrontavam as normas sociais. (MOYSÉS, COLLARES, 2014, p. 25).

A invasão e a soberania da Medicina nas diversas áreas dos saberes tenta apagar as diferenças subjetivas, que têm destaque nas outras ciências. O domínio sobre o corpo, sobre a saúde e sobre o comportamento, passou a ser exclusivo das ciências médicas. Caponi (2018) relata que, entre os anos de 1952 e 1954, ocorreu uma transformação do saber psiquiátrico, pois surgiram drogas, como aclorpromazina e reserpina, utilizadas para o tratamento das psicoses, abrindo espaço para a aparição de novas medicações que tratavam todo tipo de padecimento psíquico, da fobia social à hiperatividade e desatenção infantil, além de tristezas e transtorno opositor, fortalecendo o campo da psicofarmacologia. A autora questiona os critérios científicos para validação dessas drogas, bem como o apagamento de outros saberes, que privilegiavam o ser, e iam além da redução de sintomas: “O descobrimento de novos psicotrópicos não foi conseqüência de uma melhor compreensão do funcionamento cerebral ou de um conhecimento maior das bases biológicas das doenças mentais” (MISSA, 2006 apud CAPONI, 2018, p. 20).

Dessa forma, diferente de pesquisas para validação de medicações em outras áreas médicas, em que primeiro se conhece a disfunção do órgão, a Psiquiatria abdica dessa etapa, surgindo a medicação para um órgão cuja disfunção ainda não foi descoberta. E isso, sem dúvidas, afeta as crianças e adolescentes que apresentam diferenças comportamentais ou ritmos de aprendizagem não programados pelos professores.

Whitaker (2017) chama a atenção que o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade não aparecia nos manuais de diagnósticos dos distúrbios mentais antes dos anos 80. Segundo ele, a partir da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-III), pela primeira vez identifica-se o *transtorno do déficit de atenção* (TDA), como uma doença. Essa mudança afeta diretamente o cuidado a crianças e adolescentes, tornando-se um campo fértil para a cultura do diagnóstico, ou seja, a patologização e medicalização dos comportamentos diferentes, ou tipificados como anormais. Ressalta-se o caráter subjetivo dessas classificações à medida que a interpretação do que é inapropriado é determinado pelo julgamento exclusivo do observador. Na escola, esse observador é

personificado pelas figuras representantes e legitimadas pelo poder, professores e coordenadores.

Segundo Whitaker,

De repente, podiam-se encontrar crianças com TDAH (Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade) em todas as salas de aula [...]. Embora o público ouça com freqüência que as pesquisas mostraram que o TDAH é uma *doença cerebral*, a verdade é que sua etiologia continua desconhecida. (WHITAKER, 2017, p. 229).

O autor ressalta o poder dos laboratórios que fomentam ensaios científicos baseados em evidências para justificar a catalogação de novas doenças e, conseqüentemente, o registro de novas medicações e a ampliação do mercado consumidor. Nessa esfera, atualmente, além do TDAH, tem-se a depressão infantil e o transtorno bipolar juvenil. Nessa mesma linha, Venâncio, Paiva e Toma (2013 apud PANI; SOUZA, 2018) sinalizam que, embora o TDAH seja considerado um transtorno de origem neurobiológica, não há um marcador biológico definido. O diagnóstico é baseado no histórico do comportamento, realizado pela exclusão de outras doenças. O aumento nos diagnósticos de TDAH, e paralelamente, o uso de medicações também é um fenômeno que acontece no Brasil. Segundo Pani e Souza (2018), dados recentes produzidos pelo Fórum sobre Medicalização da educação e da Sociedade corroboram essas informações.

Essa forma de apagar as diferenças e promover uma cultura da doença, conta com a participação dos profissionais que, cada vez mais, realizam o seu exercício de maneira tecnicista e acrítica, reproduzindo os patamares ditados pelo capital. Como dizem Moysés e Collares:

Aprendizagem e comportamento; exatamente os campos de maior diversidade e complexidade, constituintes da – e constituídos pela – subjetividade e singularidade; campos em que a avaliação é mais complexa e questionada. (MOYSÉS; COLLARES, 2018, p. 158).

Sendo assim, apesar das mudanças na política de saúde mental no Brasil, ainda verificam-se muitas práticas nas quais há predominância do modelo biologicista, centrado na doença e no cuidado individual.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia utilizada em uma pesquisa é o caminho traçado para investigar o objeto proposto. Esse caminho pode ser feito de diversas formas, sempre buscando seguir uma racionalidade, na qual o que esteja sendo investigado seja alcançado. Gil (2002) diz que o planejamento da pesquisa é o processo sistematizado, no qual se confere eficiência à investigação, buscando alcançar as metas estabelecidas, ou seja, os objetivos determinados.

Por muito tempo, verificou-se uma desvalorização e até dificuldade de investigação dos fenômenos sociais. Imperava a utilização de metodologias quantitativas, respaldadas por princípios Positivistas. Todavia, novas perspectivas se abriram para investigação nas ciências humanas, principalmente considerando o fenômeno.

Ainda assim, diante da dificuldade em se apreender o fenômeno, se faz necessário uma metodologia coerente em que se possa fazer falar o sujeito investigado. Bourdieu (1999, p. 50) afirma: “A maldição das ciências humanas, talvez, seja o fato de abordarem um sujeito que fala”. Ele destaca que o investigador que tentar retirar a problemática dos fatos ou seu aporte teórico corre o risco de limitar-se ao que é informado pelos entrevistados. Mais tarde, Bourdieu chama a atenção de que não há perguntas neutras, e que o investigador, no seu texto, precisa estar atento sobre o sentido de sua própria pergunta.

A seguir, é exposto o quadro referente ao percurso metodológico desta pesquisa.

Quadro 1 – Percurso metodológico da pesquisa

Tema	O percurso da queixa escolar da Educação à Saúde: análise de encaminhamentos para CAPS ia
Objeto de Estudo	Os encaminhamentos de crianças que cursam até o quinto ano do ensino fundamental com queixas escolares.
Natureza da pesquisa	Acadêmica
Abordagem	Qualitativa exploratória
Objetivos	Analisar a trajetória realizada por crianças, cursando até o quinto ano do ensino fundamental I, que são encaminhadas para os serviços de saúde mental, por queixas escolares, relacionadas a problemas de aprendizagem ou comportamentais.
Procedimentos técnico-metodológicos	Pesquisa bibliográfica, análise documental, observação de campo, entrevista semiestruturada e grupo focal.
Instrumentos de pesquisa	Roteiro de questões para profissionais dos CAPS ia, que direcionou o grupo focal, e roteiro de entrevista semiestruturada, para responsáveis de pacientes.
Participantes da pesquisa	Profissionais do CAPS ia e responsáveis de crianças que cursem até o quinto ano do ensino fundamental I e tenham chegado ao CAPS ia por motivo escolar.
Coleta de dados	Entrevista e grupo focal com gravação e transcrição dos áudios.
Análise dos dados	Análise de conteúdo por categorias pré-definidas e que vissem a surgir.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A escolha da metodologia foi a qualitativa exploratória como base para investigação das questões problemas e para alcance dos objetivos propostos. Chizzoti (1991 apud BOSI; MERCADO, 2007) explica que a abordagem qualitativa busca reconhecer a interdependência viva entre o sujeito e o objeto, perpassada pela interpretação. O autor enfatiza a não neutralidade do observador, que atribui um significado ao que interpreta. Associado a isso, Gondim e Lima (2006) destacam

que a busca da compreensão dos fenômenos por meios de instrumentos qualitativos é uma perspectiva de estudos dos fenomenólogos, pois pretendem entender os fenômenos sociais do ponto de vista dos atores, ou seja, dos sujeitos investigados.

Piovesan e Temporini (1995) definem pesquisa exploratória como o estudo preliminar para adequação do instrumento à realidade que se pretende pesquisar, evitando que os preconceitos do pesquisador interfiram na execução do mesmo, aumentando sua objetividade e diminuindo a distorção.

Esta pesquisa caracteriza-se pela condição do pesquisador fazer parte da organização que foi investigada. O conceito de observação participante traz a ideia de que o “[...] observador participa ativamente nas atividades de recolha de dados, sendo requerida a capacidade do investigador se adaptar à situação” (PAWLOWSKI *et al.*, 2016 apud MÓNICO *et al.*, 2017, p. 724). Os autores ressaltam o caráter humanista dessa metodologia, principalmente quando utilizada para a pesquisa nas ciências humanas, e que tal observação possibilita um entendimento genuíno dos fatos, revelando a significação de comportamentos e atitudes em um nível mais profundo, em que outra condição de investigação, talvez não fosse possível (MÓNICO *et al.*, 2017).

Lemos (2017) recorre ao conceito de observação participante para fundamentar a justificativa de quando o investigador faz parte da organização, e este seria o real observador participante. Ele evoca Claude Lévi-Strauss que “[...] fala da relação próxima entre objeto e observador, inclusive como elementos da mesma natureza” (*ibidem* p. 19). Segundo Lemos (2017), Morin destaca que há uma interdependência entre sujeito e objeto, não se tratando da interferência da subjetividade, mas de que um só tem sentido interligado ao outro. Para ele, o investigador deverá interagir com o objeto em uma relação profunda para que a pesquisa tenha um significado mais real, a partir das próprias percepções e elementos culturais do pesquisador. Assim, ele sugere que, ao invés de o pesquisador realizar o entranhamento no campo de pesquisa, este deve retirar as lentes, posto que já faz parte desse campo, ou seja, realizar o desentranhamento, através da busca de autores que basearão as suas fundamentações.

4.2 TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Buscando alcançar os objetivos propostos, as técnicas de investigação escolhidas foram: pesquisa bibliográfica, análise documental, observação de campo, grupo focal e entrevista semiestruturada.

4.2.1 Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica é inerente à construção teórica. Para Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é baseada em material já elaborado, constituindo assim, um arsenal teórico já estabelecido.

A pesquisa bibliográfica desta investigação perpassou pelos seguintes temas: infância, patologização, saúde mental, medicalização, psicologia crítica, queixas escolares e metodologia. Nessa perspectiva, foi realizada uma busca por autores com publicações em livros e artigos que atravessassem essa temática. Visto que a publicação de livros exige um tempo mais elástico, optou-se também para a pesquisa de artigos em periódicos, atualmente disponíveis em banco de dados *online*. Para tal, utilizou-se a pesquisa do banco de artigos SCIELO (Scientific Electronic Library Online), combinando as categorias acima relacionadas. Excluíram-se os artigos que tratavam da saúde mental de adultos, bem como artigos que aprofundassem sua análise para o caráter desenvolvimentista da criança.

4.2.2 Análise documental

Ao investigar uma política pública, necessita-se verificar a legislação que diz respeito a essa política, tanto quanto os documentos utilizados para os registros na execução dessa política. Laville e Dionne (1999) ressaltam que entre as fontes impressas distinguem-se vários tipos de documentos, desde as publicações de organismos, nos quais se definem as orientações e enunciam as políticas, até documentos produzidos pelos serviços.

Nessa perspectiva, optou-se pela análise da Lei 10.216/2001, que define a nova política de saúde mental, a Portaria 336/2002, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a

Lei 8069/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e a nota técnica 04/2014, do Ministério da Educação, que dá as diretrizes para a inclusão de crianças e adolescentes portadoras de necessidades especiais. Paralelamente, buscou-se a análise de documentos produzidos pelos serviços, como protocolos e fluxos de atendimentos, e análise de prontuários dos pacientes sujeitos da investigação.

4.2.3 Observação de campo

A observação de campo teve por objetivo realizar a observação do universo pesquisado. Segundo Gil (2002), procura-se identificar as características dos componentes do universo objeto de estudo. Lage (2009, p.3) ao analisar a pesquisa de campo intensiva realizada por Malinowski nas ilhas Trobriand, traz algumas características que o autor considerou: observar todos os aspectos da cultura e anotar as manifestações concretas do que é observado em um diário de campo, essas observações precisam se dar de maneira contínua, além de se coletar as narrativas típicas “[...] palavras e expressões características da mentalidade nativa que contribuem para a compreensão da sua visão de mundo”. Por conseguinte, através da observação de campo produziu-se um diário de campo no qual se constaram os registros das observações. A observação de campo aconteceu por meio de três visitas, especificamente para essa atividade. Vale ressaltar que a pesquisadora faz parte da equipe da unidade pesquisada e sua observação deu-se na perspectiva *insider*, ou seja, uma observação participante.

4.2.4 Entrevista semiestruturada

A entrevista é uma técnica de coleta de dados muito utilizada nas Ciências Humanas, e segundo Poupart (2014), a possibilidade de interrogar os atores sociais, e utilizar tais informações como compreensão da realidade social é uma das grandes vantagens das ciências dos homens em relação às ciências da natureza. Para ele, as condutas sociais não podem ser compreendidas nem explicadas fora das perspectivas dos atores sociais, e por isso a necessidade de uso de métodos qualitativos, permitindo um aprofundamento das condições de vida dos atores sociais.

Segundo Laville e Dionne (1999), a entrevista semidirigida é detentora de uma flexibilidade que possibilita um contato mais íntimo entre entrevistador e entrevistado, o que favorece a exploração de seus saberes, do aprofundamento das representações, crenças e valores, além de permitir aprofundar questões que apresentem dúvidas. Para esta pesquisa, foram entrevistadas cinco responsáveis por crianças matriculadas no CAPS ia, indicadas por profissionais desta instituição, com entrevista gravada, cujo roteiro da entrevista encontra-se anexo (APÊNDICE A). Os convites foram realizados a partir de indicação dos profissionais do serviço que convocaram os responsáveis para uma reunião com a presença da pesquisadora para explicar o objetivo da pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas no próprio CAPS ia, pela pesquisadora.

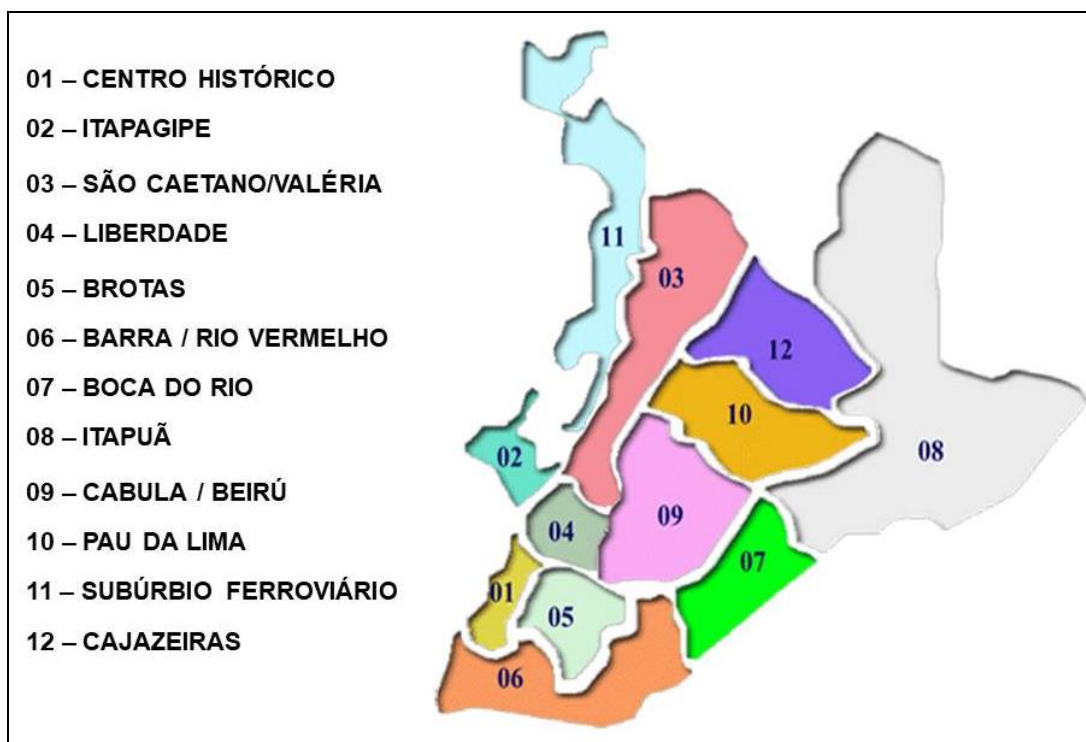
4.2.5 Grupo focal

O grupo focal teve por objetivo a coleta de dados através da interação de seus participantes. As questões são abordadas a partir das ambivalências, correlações e direcionamentos que cada fala é dirigida. Kinalski *et al.* (2017) valoriza o uso do grupo focal nas Ciências Humanas, visto que através da discussão participativa entre os membros, reunidos em um mesmo local e por um certo período de tempo, guiados por um tema específico, eclodem novas perspectivas e direcionamentos para aquele problema tratado, por isso: “O grupo focal vem conquistando reconhecimento, como técnica de produção de dados, por meio de aplicação em pesquisas de diversas áreas” (KINALSKI *et al.*, 2017, p. 444). Para esta pesquisa, foi realizado um grupo focal com duração de três horas, tendo por participantes cinco profissionais do CAPS ia, foi conduzido por uma psicóloga mediadora e contou com duas relatoras para anotações pertinentes. Os temas discutidos seguiram a distribuição das categorias citadas neste estudo. Utilizou-se a gravação em conjunto com a relatoria, e o roteiro seguido encontra-se no Apêndice B.

4.3 CONTEXTO E LOCAL DA PESQUISA

Salvador possui doze Distritos Sanitários, assim divididos:

Figura 1 – Distritos sanitários de Salvador



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador¹

De acordo com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que redirecionou a atenção em saúde mental no Brasil, os CAPS são serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos. A portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, institui as especificações para tipificação e organização dos CAPS em todo o Brasil, sob a ótica da quantidade populacional e atuação territorial. Assim, de acordo com essa portaria, têm-se diversas modalidades de serviços, conforme explicitado no quadro abaixo:

¹ Disponível em:

<http://www.eventos.saude.salvador.ba.gov.br/SegundaConferenciaSaudeMental/areatecnica.htm>. Informa-se que os dados e as imagens-base foram extraídos da página da Secretaria Municipal de Saúde, contudo, a edição e a arte foram produzidas pela professora e revisora Cláudia Santos de Jesus.

Quadro 2 – Tipificação dos CAPS, conforme critério populacional e perfil de usuário

Tipo de CAPS	Município /População	Perfil do usuário
CAPS I	Entre 20.000 e 70.000 habitantes	Adultos
CAPS II	Entre 70.000 e 200.000 habitantes	Adultos
CAPS III	Acima de 200.000 habitantes	Adultos
CAPS ia II	Acima de 200.000 habitantes	Crianças e adolescentes até 18 anos
CAPS ad II	Acima de 70.000 habitantes	Adultos em uso de drogas e outras substâncias psicoativas.

Fonte: Brasil (2001).

Em Salvador, apesar de sua extensão territorial e quantidade populacional, existem apenas dois CAPS ia, o que compromete a sua atuação territorial, principal característica dessa unidade de saúde mental. O CAPS ia estudado, localiza-se na região 8 do mapa (Itapuã). A outra unidade localiza-se na região 4 (Liberdade). Por Salvador só ter duas unidades de CAPS ia, essas dividem a assistência aos distritos sanitários, conforme quadro abaixo:

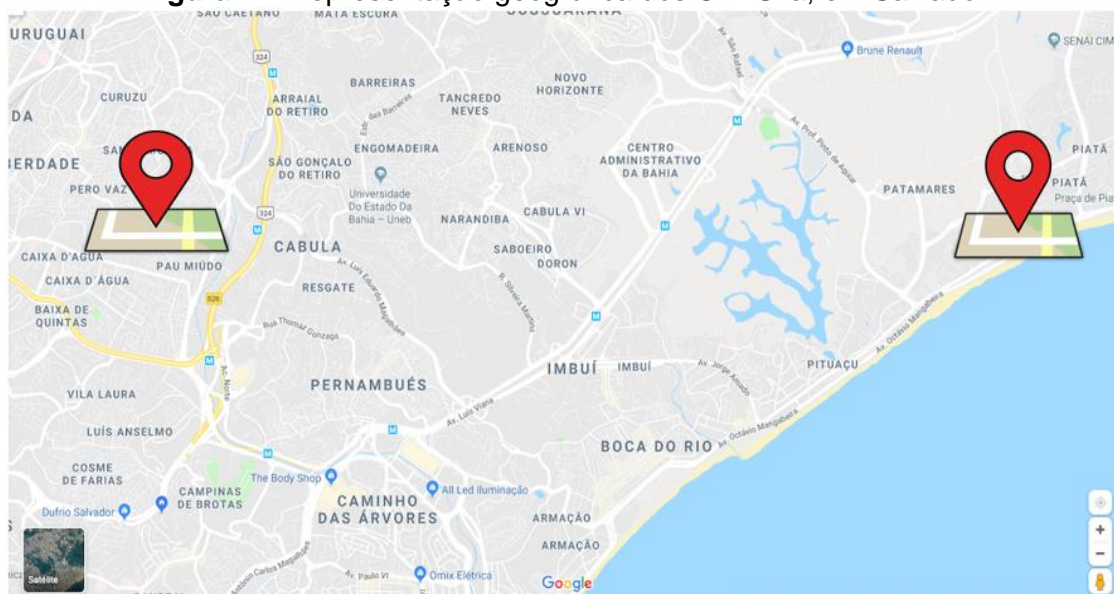
Quadro 3 – Territorialização dos CAPS ia, em Salvador

CAPS ia	Distritos atendidos / Territorialização
CAPS ia 1	Barra / Rio Vermelho Brotas Cabula / Beiru Centro Histórico Itapagipe Liberdade São Caetano / Valéria Subúrbio Ferroviário
CAPS ia 2	Barra / Rio Vermelho Boca do Rio Cabula / Beiru Cajazeiras Itapuã Pau da Lima

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A seguir, segue mapa que representa a localização dos dois CAPS ia em Salvador:

Figura 2 – Representação geográfica dos CAPS ia, em Salvador

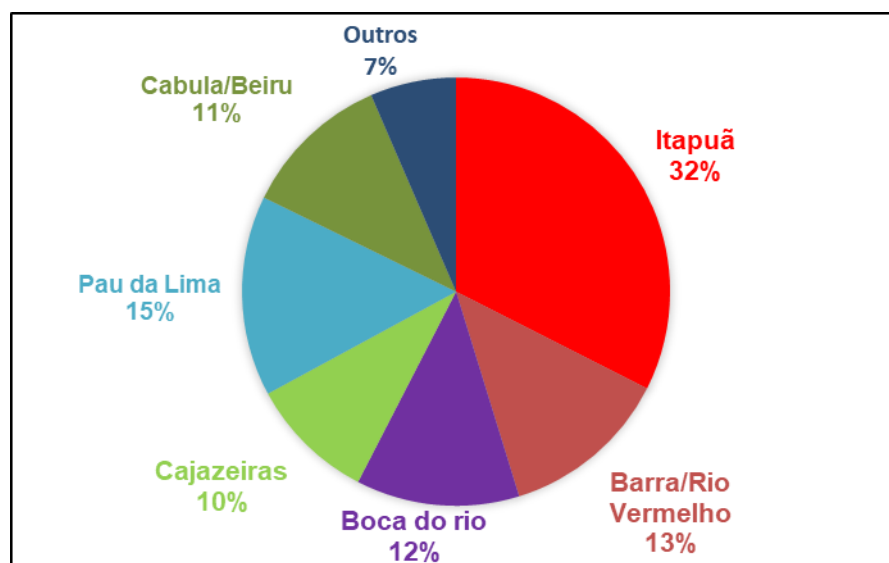


Fonte: Autoria própria.

Através da Figura 2, é possível verificar a distância geográfica entre os dois CAPS ia e notar a extensão territorial pela qual estes são responsáveis.

A pesquisa aconteceu no município de Salvador, em uma unidade de saúde CAPS ia, nomeado aqui como CAPS ia 2. Quando da pesquisa, o CAPS estava com 462 pacientes matriculados, que são considerados ativos. Vale salientar que o paciente matriculado é aquele que foi anteriormente acolhido e aceito pelo serviço, ou seja, o seu sofrimento seria tratado naquela unidade de saúde. Esse CAPS ia possui um sistema de controle de pacientes que são acolhidos e matriculados, através de uma planilha que é atualizada semanalmente. Assim, esta pesquisa trabalhou com os dados fornecidos pela unidade.

O Gráfico1, a seguir, demonstra o percentual de pacientes de cada distrito sanitário a ele destinado. Salienta-se que alguns pacientes pertencem a outros territórios, ou por terem sido matriculados em uma época na qual não havia divisão territorial ou por terem mudado de endereço, mas permanecido na mesma unidade.

Gráfico 1 – Percentual de pacientes ativos por distrito sanitário, em Salvador, no CAPS ia 2

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Os percentuais do Gráfico 1 representam as quantidades retratadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Quantidade de pacientes por distrito sanitário, em Salvador, no CAPS ia 2

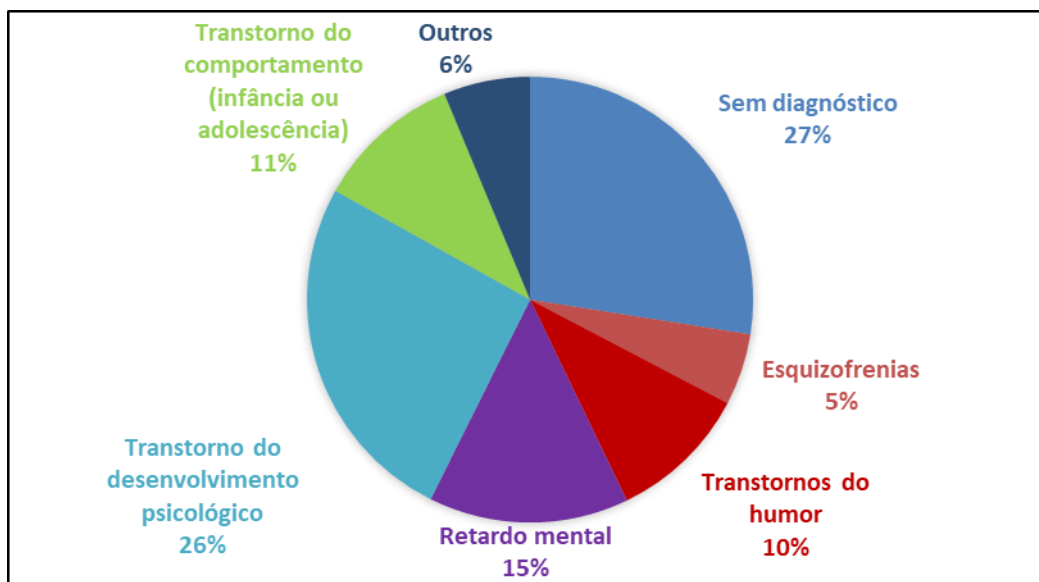
Distrito Sanitário	Quantidade de pacientes
Itapuã	150
Barra / Rio Vermelho	59
Boca do Rio	57
Cajazeiras	44
Pau da Lima	70
Cabula / Beiru	52
Outros	30
Total	462

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Constata-se a predominância de pacientes pertencentes ao distrito sanitário onde se localiza o CAPS ia, representando quase 1/3 dos pacientes ativos matriculados.

O Gráfico 2, a seguir, retrata o percentual de pacientes quanto à classificação diagnóstica, tendo como referência o Código Internacional de Doenças (CID 11).

Gráfico 2 – Percentual de pacientes ativos por classificação diagnóstica no CAPS ia 2



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Verifica-se a predominância de pacientes ativos que ainda não têm diagnósticos determinados, seguido de pacientes com transtornos do desenvolvimento psicológico – categoria que trata de problemas relacionados ao desenvolvimento da fala e da linguagem, das habilidades escolares e os transtornos globais do desenvolvimento. Há um destaque para os déficits cognitivos (retratados através dos retardos mentais) e dos transtornos do comportamento (no qual estão os distúrbios de conduta e hipercinéticos). Ainda que a abordagem desta pesquisa não privilegie os diagnósticos na infância, a ênfase em visibilizá-los parte da ideia de demonstrar que no funcionamento dessa unidade de saúde os diagnósticos estão presentes nos registros.

O Quadro 5 traz a quantidade de pacientes por classificação diagnóstica, baseada no CID-11.

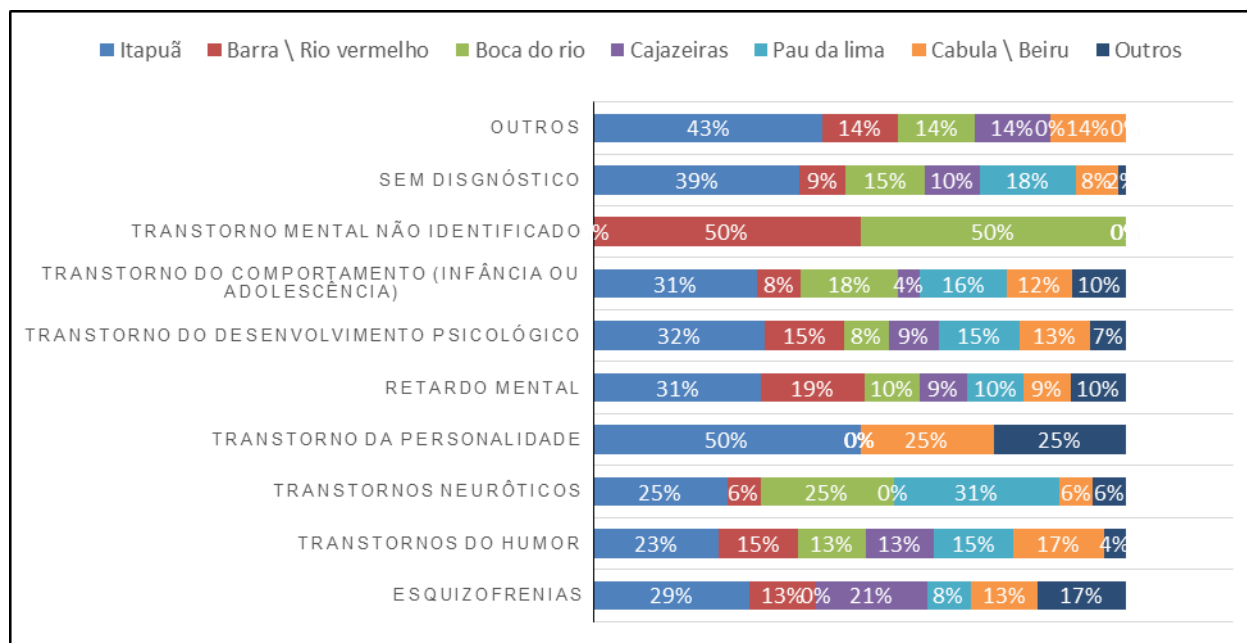
Quadro 5 – Quantidade de pacientes por classificação diagnóstica, em Salvador, no CAPS ia 2

Diagnósticos	Quantidade
Sem diagnóstico	127
Transtorno do desenvolvimento psicológico	119
Retardo mental	67
Transtorno do comportamento	49
Transtornos do humor	47
Outros	29
Esquizofrenias	24
Total	462

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O Gráfico 3 apresenta o percentual de diagnósticos, baseando-se no CID-11 por distritos sanitários de Salvador.

Gráfico 3 – Percentual de diagnósticos por distrito sanitário no CAPS ia 2



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O cruzamento de dados do percentual de diagnósticos por distritos sanitários demonstra que, quanto mais perto o distrito sanitário está da unidade de saúde, este tende a receber demandas mais comportamentais do que os transtornos graves. No

distrito sanitário em que o CAPS ia se localiza há uma grande predominância de transtornos do comportamento, enquanto que os outros distritos têm pouca representatividade. Ou seja, como os outros distritos ficam longe da unidade do CAPS ia, o paciente só o procura para casos graves, assim, as esquizofrenias têm alta incidência nos diversos distritos. Esse dado também revela que há poucos serviços na rede para acolhimento de crianças que possuem queixas comportamentais, haja vista que recorrem a uma unidade de saúde que tem como perfil diagnóstico o acolhimento de transtornos graves.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa constou de informantes que se distinguiram em dois grupos. A cada grupo foi aplicado uma técnica diferente. Esses grupos foram:

- Aos responsáveis legais de crianças que são atendidas nos dois CAPS ia de Salvador: Buscando retratar o itinerário terapêutico de crianças até o quinto ano do ensino fundamental I, encaminhadas pelas escolas, realizou-se entrevistas com cinco responsáveis legais, referentes a cinco crianças distintas, que são atendidas em cada CAPS ia.
- Aos profissionais: Visando ao entendimento dos fluxos e procedimentos das unidades de saúde objetos desta investigação, além do reconhecimento do local e mapeamento do funcionamento, realizou-se um grupo focal com cinco participantes da equipe. Esses profissionais foram indicados pela coordenação técnica do CAPS ia, a partir da apropriação do objeto dessa investigação.

Todas as entrevistas aconteceram na própria unidade de saúde. É importante ressaltar o caráter informativo das entrevistas e do grupo focal, com baixo risco de eclosão de algum quadro de descontrole por parte do informante. A participação dos informantes foi voluntária, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, inclusive constando de contato para o caso de algum dano futuro, motivado por essa intervenção.

Os participantes desta pesquisa dividiram-se em dois grupos distintos, com os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Responsáveis de crianças que são atendidas nos dois CAPS ia de Salvador, cujas crianças cursem até o quinto ano do ensino fundamental I e tenham

sido encaminhadas por escolas da rede municipal de Salvador, cuja queixa inicial seja relacionada à queixa escolar (dificuldade de aprendizagem ou comportamento alterado). O critério de exclusão desse grupo foi a presença de suspeitas diagnósticas referentes à psicose infantil e autismo.

- Profissionais dos CAPS ia que estejam em exercício há mais de três anos. O critério de exclusão foi não ter nível superior na função desempenhada na unidade.

4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu através de visitação formal ao CAPS ia. Foram realizadas três visitas formais, nas quais houve uma participação ativa da coordenadora técnica do Serviço, além da observação do funcionamento deste. Nessas visitas, foi escrito um diário de bordo com o objetivo de capturar o maior número de informações possíveis referentes ao Serviço. Ainda que a pesquisadora seja uma participante da equipe, essas visitas aconteceram fora do seu horário de trabalho e permitiram um olhar mais próximo da neutralidade da dinâmica do Serviço. Essas visitas foram fundamentais para a definição das crianças, cujos responsáveis seriam os sujeitos investigados, baseando-se nas informações da equipe técnica, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

O grupo focal teve a participação de cinco membros da equipe, um condutor e dois relatores que transcreviam as falas dos participantes, além da gravação realizada. As entrevistas também foram gravadas e o material foi transcrito, sendo que este ficará disponível para uso por cinco anos e depois será destruído.

4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados pesquisados aconteceu através da metodologia da análise de conteúdo, um método da pesquisa qualitativa. Segundo Bardin, a análise do conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de

produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1977, p. 42).

Bardin (1977) organiza a análise a partir de diferentes fases, que serão contempladas nesse trabalho: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

O material foi coletado a partir das técnicas anteriormente citadas, entrevistas semiestruturadas com os responsáveis dos pacientes abordados nos CAPS ia de Salvador e grupo focal com a participação de cinco profissionais. Após a coleta, o material foi transcrito e analisado a partir de categorias previamente determinadas. Bardin (1977) diz que a categorização é uma operação de classificação cujos elementos são agrupados com os critérios previamente definidos. Assim, optou-se em buscar, por meio das entrevistas, informações que preenchessem as categorias a seguir: demanda da família, encaminhamentos, queixa da escola, uso de medicação, escolarização, adoecimento psíquico, efeitos positivos e negativos, desenvolvimento infantil e cura. Três outras categorias surgiram: contato com a escola, exclusão de atividades escolares e dificuldades. Segundo Laville e Dionne (1999), a partir da coleta dos dados, podem surgir categorias distintas e significativas para classificar os conteúdos. Para os autores, o recorte do conteúdo pode ser temático, ou seja, quer se trate de um conceito ou uma relação entre conceitos. A dificuldade da análise temática se dá, pois, muitas vezes, não há uma delimitação clara de cada tema, em compensação, permite o pesquisador se aproximar do sentido do conteúdo. Eles dizem ainda que a definição de categorias pode seguir o modelo misto, ou seja, categorias são selecionadas no início, contudo, o pesquisador se permite modificá-las.

Vale ressaltar que, ainda que o conteúdo das entrevistas tenha seguido a mesma análise de categorias, estas serão separadas por critério usuário e gestor do cuidado, pois, entende-se que a perspectiva de cada grupo tem o recorte do lugar em que ocupa na unidade de saúde mental.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada obedecendo aos aspectos éticos, conforme determina a resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, considerando a

autonomia dos participantes e anuência destes, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tanto para os responsáveis das crianças nos CAPS ia, quanto para os profissionais. Os informantes foram protegidos através da confidencialidade das informações prestadas, bem como no cuidado do uso do material que só foi manipulado pela pesquisadora e sua orientadora, não identificação de quem prestou a informação, além de assegurar o descarte após cinco anos da coleta de dados. Seguindo as orientações do Conselho Nacional de Saúde, a Universidade Católica do Salvador, possui um Comitê de Ética, que avaliou a pesquisa, bem como a proteção dos sujeitos investigados (cf. ANEXO A).

O projeto de pesquisa fora encaminhado à Prefeitura Municipal de Salvador, que deu seu parecer favorável para a realização da pesquisa em unidade do CAPS ia (cf. ANEXO B). Após esse aceite, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil, e encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade Católica do Salvador que, após análise e aprovação, foi redirecionado para que a pesquisadora executasse a pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa e a discussão foram realizados por meio de categorias previamente definidas: demanda da família, encaminhamentos, queixa da escola, uso de medicação, escolarização, adoecimento psíquico, efeitos positivos e negativos, desenvolvimento infantil e cura.

Os responsáveis pelas crianças estão representados pela letra S, seja no momento de traçar os seus perfis, seja na análise de suas falas (vide Quadro 6). O grupo focal foi composto por cinco profissionais, contudo, no momento das análises, suas falas foram analisadas sem distinção dos participantes. Estes estão sinalizados pela letra P (cf. Quadro 7).

No Quadro 6 temos um perfil dos informantes, responsáveis pelas crianças atendidas no CAPS ia:

Quadro 6 – Perfil dos informantes responsáveis pelas crianças

	S1	S2	S3	S4	S5
Vínculo	Mãe	Mãe	Mãe	Mãe	Mãe
Idade (anos)	50	35	45	39	47
Escolarização	3º ano ensino médio	4º ano fund. I	3º ano fund. I	3º ano ensino médio	Nunca estudou
Bairro	Bonocô	Fazenda Grande do Retiro	Boca do Rio	Pernambués	Bairro da Paz

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O Quadro 6 nos mostra que todas as cuidadoras, ou seja, aquelas que acompanham as crianças, são as genitoras. Estas, em sua maioria, possuem baixa escolaridade, visto que uma delas afirma que nunca estudou, duas não completarem o ensino fundamental e apenas duas concluíram o ensino médio.

No Quadro 7, temos o perfil de cada criança, cujo caso foi relatado pelo seu responsável.

Quadro 7 – Perfil das crianças investigadas

	S1c	S2c	S3c	S4c	S5c
Idade	09	09	09	08	12
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Série atual	3º ano fund. I	3º ano fund. I	4º ano fund. I	4º ano fund. I	4º ano fund. I
Tempo no CAPS ia	3 anos e meio	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Verifica-se que todas as crianças sobre as quais se obteve relatos são do sexo masculino, ainda que a escolha tenha sido aleatória. Nesse respeito, vale destacar uma pesquisa realizada por Beltrame e Boarini (2013) que, ao investigarem a demanda escolar em um CAPS ia, também encontraram que 68% dos acolhimentos referiam-se a usuários do sexo masculino, ou seja, uma prevalência maior de meninos nos serviços de saúde mental.

No Quadro 8, temos o perfil dos profissionais informantes, no qual destacamos que todas as responsáveis são do sexo feminino.

Quadro 8 – Perfil dos profissionais informantes

	P1	P2	P3	P4	P5
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	35	38	41	47	34
Profissão	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	Psicóloga	Assistente Social	Educadora Física
Tempo de trabalho na unidade (anos)	06	10	11	06	06

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Verifica-se que todas as crianças tinham como responsáveis as suas genitoras. Guedes e Daros (2009), ao analisarem a naturalização da participação feminina e predominância das mulheres no cuidado familiar, dizem que a relação

entre os sexos vai além da relação conjugal, e se materializa em todos os níveis históricos- sociais, na dimensão da relação de poder.

Araújo *et al.* (2013) aponta que a divisão social do trabalho reproduz a ideia do cuidado ser próprio das mulheres. Para os autores, ainda que as mulheres tenham assumido posições no espaço público, hábitos da vida doméstica ainda fazem parte de suas atividades. Essa ideia coaduna com Ferreira, Isaac e Ximenes (2018) quando acentuam que as relações de gênero são assimiladas como construções sociais que refletem a dominação e subordinação, resultando em trajetórias sociais distintas para o sexo.

5.1 Demanda da família

Essa categoria reflete qual o desejo das famílias quando buscam um serviço de saúde mental. A maioria delas entende que as crianças, ainda que sejam muito pequenas já demonstram comportamentos de agressividade. Essa ideia aparece na fala de S1, S2 e S5:

S1: Quando ele era menorzinho, ele batia muito a cabeça, entendeu? Aí eu levei para um neuro particular. Ele passou uns exames e constou que ele achava que era hiperativo. (...) Me mordida, se mordida sozinho. (...) Ele se enraiva mesmo.

S2: Eu via ele diferente (...), a agressão que ele tem, os meninos nunca tiveram. (...) Eu achava estranho porque ele não respeitava o pai nem ninguém.

S5: Ele já nasceu com problema, né? Só que os médicos não tinham descobrido.

Enquanto que S3 e S4 posicionam-se diferente quanto à ida a unidade de saúde, elas não reconhecem o motivo do encaminhamento:

S3: Comigo ele não tinha nenhum comportamento. (...) Tanto assim, que eu custei de acreditar.

S4: Sempre brincava sozinho com os dinossauros dele, nunca prestei atenção. (...) Eu fiquei surpresa, entendeu?

Já os profissionais destacam a importância da escuta da própria criança, valorizando a criança enquanto sujeito de desejo, com sua história e suas relações.

P: É prioridade o usuário falar da saúde dele.

P: Elas (as famílias) cobram muito mais o atendimento das crianças, que participe de um grupo ou individual. Quando a gente sinaliza que a família precisa também participar de um grupo, colocam muitas dificuldades. A criança fica como bode expiatório.

P: A maior demanda da família é que a gente organize essa criança. Muitas chegam achando que precisa passar pelo médico, que o remédio vai curar. Casos raros de mães que não gostam de medicação.

Freller *et al.* (2001) apontam que as dificuldades enfrentadas pelas crianças nas escolas são produzidas por uma rede de relações que inclui a escola, a família e a própria criança, além de participarem de um contexto sócio-político e educacional específicos.

5.2 Queixa da escola

A queixa da escola, na maioria das vezes, recai sobre questões comportamentais que afetam a aprendizagem da criança. Os S1, S2, S3 e S4 informam comportamentos que incomodam a escola.

S1: A escola diz que ele está muito agitado. Diz que uma vez mordeu a diretora, que não estava deixando os meninos estudar, batendo na mesa, subindo na cadeira e tudo.

S2: Não consegue ficar sentado quieto, futuca o tempo todo.

S3: Diante do relato deles, ele ficava agressivo. Era difícil de aceitar um não.

S4: Ficava batendo nas pessoas, na professora, batendo nos colegas.

O S5 nos fala de algo que incomoda, porque o fato da criança ficar calada também denunciava a sua não aprendizagem.

S5: Quando ele foi pro colégio, a professora percebeu que ele tinha algum problema. (...) Ele ficava calado.

Os profissionais sinalizam como a escola se comporta:

P: Muitas vezes, a escola atrela a matrícula a vir ao tratamento. (...) Elas dizem que para conseguir a matrícula do filho, precisam que ele esteja sendo acompanhado em algum serviço. (...) A escola diz que só matricula se tiver o CID (código internacional de doença).

Braga e Moraes (2007) reforçam a ideia de que existe atualmente uma patologização do processo de ensino e aprendizagem e que a culpabilização da criança reforça a manutenção da exclusão: “Esse conjunto de interpretações não considera o que se passa na escola, revelando uma tendência a avaliar que os desajustes escolares são causados por fatores orgânicos e psíquicos da criança” (BRAGA; MORAIS, 2007, p. 36).

5.3 Encaminhamentos

Essa categoria trata da trajetória realizada pela criança, quando do primeiro encaminhamento, além do seu percurso após atendimento no CAPS ia, tanto externamente como internamente.

Essas informações foram coletadas a partir da fala das informantes, todavia, para efeito didático, elas foram retratadas por diagramas.

S1: Creche → neuropediatra particular → CAPS ia (grupo/individual e atendimento médico).

S2: Creche → pediatra → Hospital Martagão Gesteira (não teve atendimento) → CAPS ia (grupo e atendimento médico) → escola pressiona e família procura neuropediatra particular/escola aciona o Conselho tutelar → CEEBA (Centro de Educação Especial da Bahia).

S3: Escola → psicóloga do bairro → psicóloga de instituição beneficente → Conselho tutelar → Ministério Público Estadual → neuropediatra → CAPS ia (atendimento psicológico individual e grupo).

S4: Creche → CAPS ia (atendimento grupo, atendimento médico e atendimento individual) → avaliação neuropsicológica no Hospital das Clínicas.

S5: Creche → Hospital Martagão Gesteira (neuropediatra e avaliação genética) → CAPS ia (atendimento médico, atendimento individual e grupo) → avaliação neuropsicológica no Hospital das Clínicas → atendimento psicopedagógico na escola → APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

A análise dessa categoria reafirma o que a literatura diz a respeito dos encaminhamentos que chegam ao CAPS ia, ou seja, a escola como grande detectora de problemas individuais e direcionadora das demandas para serviços de saúde mental. Freller *et al.* (2001), em estudo realizado no Serviço de Psicologia Escolar, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, verificaram que a maior parte das crianças que chegavam a esse serviço tinha por origem o encaminhamento de escolas porque apresentavam dificuldades no seu processo de aprendizagem.

Para os profissionais, há uma grande demanda de crianças que chegam ao CAPS ia encaminhadas pela escola.

P: A família chega dizendo que a escola que encaminhou. (...) E quando você vê que a criança precisa de acompanhamento psicopedagógico? Ou a criança é um pouco agitada, mas não se configura como transtorno mental? E aí, faz o que com essa criança? Algumas vezes a gente consegue fazer encaminhamento externo, mas os locais que recebem para esse acompanhamento é muito restrito.

P: Geralmente, a gente manda para as faculdades, que agora está mais escasso, ou está cheio. A gente não tem para onde encaminhar. Se precisar de um suporte que seja da área da saúde, mas não seja perfil de CAPS, ficamos com as mãos atadas.

Eles também apontam para o dinamismo dos encaminhamentos internos:

P: Há várias formas de trabalhar essa criança (...) quando ela está inserida no grupo, e depois não ser para aquele grupo. Tudo pode acontecer, não é estanque.

Os profissionais sinalizam ainda que há um diferencial entre o atendimento em CAPS adulto e CAPS ia:

P: Muitas vezes, a criança sai do grupo de observação e ainda fica em avaliação no serviço.

A fala das genitoras demonstra que não há uma compreensão clara entre os diversos encaminhamentos que são feitos nos serviços. Na maioria das vezes, elas não sabem o motivo de serem redirecionados para outros serviços ou, até internamente, para outras atividades. Mângia e Yasutaki (2008) ao analisarem os itinerários terapêuticos dos serviços de saúde mental, concluem que os usuários não fazem distinções entre os diversos serviços acessados, definindo trajetórias heterogêneas e não lineares. Vemos o S5, que faz diversas avaliações médicas, em serviços diferenciados, todos ligados a uma busca orgânica (psiquiatra, neurologista e geneticista).

5.4 Uso de medicamentos

O uso de medicamentos para lidar com o comportamento infantil torna-se uma forma rentável de promover o crescimento da indústria farmacêutica. Bianchi e Torricelli (2009, apud BELTRAME; BOARINI, 2013) explicam que a saúde mental integra a esfera econômica mercantil, à medida que se converteu em um objeto de consumo, um produto que pode ser fabricado pelos laboratórios.

As falas a seguir demonstram que apenas um paciente não toma medicação, S3.

S3: Ele não toma remédio. (...) Ela (a diretora da escola) queria que ele tomasse remédio, que passasse remédio.

Em contrapartida, vemos a escola determinando procedimentos da saúde, e famílias que se antecipam a tais condutas, como aparece nas falas dos profissionais.

P: A maioria (referindo-se às mães) prefere que medique. (...) Já chega querendo. (...) Algumas medicam as crianças, com medicação dos irmãos, pais ou aumentam a dose por si só.

Nota-se o uso de medicação em crianças muito pequenas, ainda que o resultado não seja tão satisfatório, como aparece em S1 e S4.

S1: Ficou tomando remédio do médico particular (...) desde os três ou quatro anos. Continua usando. (...) Melhora porque ele se acalma. (...) Ela tentou diminuir, mas teve que aumentar. (...). Ele se acalma um pouquinho só, porque ainda fica agitado na escola e em casa.

S4: Ele usa medicação. (...) A escola pergunta se ele toma remédio. (...) Eu acho que as queixas da escola está igual.

Whitaker (2017), ao relatar o efeito de estimulantes para crianças, aponta que as crianças passam por estados de excitação e disforias todos os dias, e que tais estados são reconhecidos pelos pais como *desmoronamento*. Ou seja, um cérebro que ainda não está maduro para receber tais drogas, de maneira precoce, é exposto a essas inconstâncias.

5.5 Adoecimento psíquico

Vários sintomas e várias doenças são atribuídas às crianças pelos pais, escolas e profissionais. Os pais, legitimados pelo discurso da escola, e pressionados pelos encaminhamentos, tendem a buscar, mesmo sem saber o que, respostas e tratamentos para o que lhes é exposto. S3 e S4 não viam nos filhos o que a escola apontava.

S3: Se eu tivesse presente, esse comportamento dele não existia. Tanto assim que eu custei de acreditar.

S4: Para mim eu fiquei surpresa, porque eu nunca pensei que ele fazia isso (referindo-se a bater nos colegas). (...) Em casa ele é tranqüilo, fica assistindo televisão, jogando vídeo game.

S1, S2 e S5 levantam hipóteses diagnósticas. Como destituir ou contestar o saber da escola?

S1: Acho que era hiperatividade.

S2: Que poderia ser hiperativo.

S5: Ele tem problema deficiente na mente, né?

Os profissionais reafirmam o que os pais de maneira indireta mostram: o poder da escola no direcionamento de quem é ou não normal, posto que a escola, ao se sentir impotente e não compreender o que a limita, recorre à saúde para o saneamento de suas questões.

P: O modo como a gente se relaciona com a criança aqui é diferente do modo como a escola se relaciona. (...) Parece, para a escola, que a doença da criança não aparece para a gente. Eles acham que a gente não vê a criança direito. (...) Muitas vezes, a escola transfere para o CAPS ia uma função que não é nossa, até a nível pedagógico, há uma falta de compreensão do nosso lugar, e aí eles querem receitinha mesmo de como fazer.

P: Geralmente, chegam aqui quando a questão é comportamental, que a escola já deu um diagnóstico. Já chega e fala: a professora disse que ela (a criança) precisa tomar remédio, que ele tem transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Ela já chega com diagnóstico pronto da escola quando a queixa é comportamental.

Machado (2004) propõe que a demanda da educação para a saúde deva ser revista, bem como a prática da saúde para a demanda escolar, e que o profissional de saúde se aproxime e entenda a escola, para ajudar a pensar estratégias de enfrentamento de problemas que surgem no cotidiano escolar.

5.6 Escolarização

Os relatos das mães demonstram que a escola utiliza como estratégia de solução para as questões comportamentais ou a redução de dias de presença do aluno ou a redução de horas, sempre com a alegação de que a agitação da criança não permite ela tirar proveito das atividades oferecidas, revelando uma ação voltada para a exclusão. S1 revela que a escola quer convencer a mãe que uma escola menor, da rede, seria mais interessante para a criança. Todavia, não garante vaga, mas cria a ilusão de que esta existe.

S1: Uma vez, eles me chamaram (a escola), conversou comigo, pra ver se eu tirava ele da escola, e botava perto lá de casa. (...) Ela disse que tinha achado a vaga. (...) Aí, não teve vaga, não. Ele ficou três dias sem estudar. Eu cheguei lá dizendo que a outra escola não aceitou. Aí ela disse que a vaga dele acabou, que tinha que esperar a diretora. Aí eu disse: o menino vai ficar sem estudar? Ela disse que ia fazer um contrato comigo, aí eu botei ele terça, quarta e sexta. (...) Tem uma professora numa sala separada que pega ele para ficar quieto. Tem uma ADI (auxiliar de desenvolvimento infantil) para tomar conta dele.

S4 e S3 apontam que na escola os filhos ficam agressivos, e S2 e S3 denunciam a não aprendizagem destes.

S2: O aprendizado dele, ele não desenvolveu ainda.

S3: No colégio, o comportamento dele ficava agressivo.

S4: Ele tem a ADI que fica com ele, ele só quer saber de correr e não quer ficar na sala de aula.

S5: Os professores diz que ele é um menino muito inteligente, mas não chega a acompanhar os outros alunos.

Quanto aos profissionais, eles sinalizam a insegurança dos profissionais de educação em lidar com algumas demandas que aparecem na escola:

P: Nesse caso (referindo-se a um caso específico), a própria Gestão Regional Escolar (GRE) entendia que faltou o manejo da escola.

Esse não saber o que fazer que paira sobre o professor, empurra as crianças que estejam fora do ciclo normal de aprendizagem para a não participação integral na escola. Como a lei não permite a negação da matrícula, eles sutilmente sugerem a saída da criança, como uma forma de beneficiá-la. Como diz Dazzani (2010), o desafio da escola inclusiva é desenvolver uma pedagogia centrada na criança, capaz de atender e educar com sucesso todas elas.

5.7 Exclusão de atividades escolares

Essa prática tem se tornado muito comum na relação da escola com as crianças que apresentam problemas comportamentais. As famílias relatam a exclusão de atividades extras e, muitas vezes, até do horário regular das aulas. A justificativa que a escola dá manifesta-se através da alegação da falta de pessoal para estar com aquela criança, ou o tumulto que esta desencadeia na sala de aula. As falas a seguir demonstram a estratégia que a escola utiliza, desconsiderando que a saúde mental acontece no coletivo, no social.

S1: Ele vai terça, quarta e sexta. (...) Ele sai mais cedo, sai dez e meia.

S2: Tanto que teve um ano que ele ficou indo, ficando até três horas, porque ele estuda à tarde (...) porque não deixava nenhum dos colegas se concentrar.

Tem passeio, o que ele tanto quer ir, no passeio, e ele nunca foi. (...) Eles falam assim: Tá aprontando, então não vai. Não tá com bom comportamento, então não vai. Ele fica triste: leva meus colegas, e a mim, não.

S3: Teve muito passeio que eles ficaram com receio, aí para levar tinha que eu ir, como eu não podia, eu tinha trabalho.

Antes de eu chegar no trabalho, já tava me ligando. Tanto assim, que eu já não tava aguentando mais. (...) Porque queria que eu levasse, depois pegasse, aí não adiantava nada, foi aí que eu comecei a

questionar. (...) O colégio queria suspender ele, tirar ele do colégio, a promotora não permitiu, ainda mandou um papel por escrito.

S4: Eu tenho uma filha de dez anos na escola que sempre vai para o passeio, ele não vai porque a professora dele não tá lá (referindo-se a ADI).

Manda pegar ele dez horas, às vezes, sai normal.

S5: Quando ele ta calmo, ele vai. Agora, em São João, ele não foi, ele tava muito nervoso, muito estressado.

Essa prática excludente desconsidera os direitos legais e perpetua o sentimento de não pertencimento da criança, além de tumultuar a vida dos genitores, haja vista que estes ficam à disposição da escola, sem poderem desenvolver suas atividades laborais. Dazzani (2010) faz uma relação entre exclusão social e escolar como forma de violação dos direitos humanos, tanto quanto acontece no sistema prisional e manicomial.

Evidencia-se, assim, que ainda que o Brasil tenha uma política de saúde mental que tem como maior objetivo a participação social do sujeito, práticas excludentes são legitimadas por instituições que deveriam combatê-las, tal como a escola.

5.8 Contato com a escola

Essa categoria traz o relato dos profissionais:

P: O contato com a escola existe direto, referente ao paciente que já está matriculado. Às vezes, é através do relatório. (...) Agora, já aconteceu de eu fazer contato com a escola, quando as mães chegam desesperadas pedindo relatório, e aí a escola mudar totalmente o discurso.

Essa prática se diferencia dos relatos de autores apresentados por Dazzani *et al.* (2014), que relatam um distanciamento entre os profissionais de saúde e a escola. Todavia, vale ressaltar que essa comunicação também é muitas vezes realizada através de relatórios escritos. Dias (2008, apud Dazzani *et al.*, 2014)

reafirma a prática de uso dos relatórios como forma de comunicação, o que afasta a compreensão das condições dos locais de onde são produzidas as queixas.

5.9 Desenvolvimento infantil

Essa categoria não apareceu nos responsáveis informantes, só no grupo focal dos profissionais, através das atividades desenvolvidas no CAPS ia.

P: Promovemos o desenvolvimento infantil através do trabalho lúdico que envolva o brincar. As mães têm dificuldade em entender esse brincar com sentido terapêutico, e ficam indignadas: como eu trago meu filho aqui para brincar?

P: Vivemos uma realidade social muito dura. As comunidades não têm centros sociais urbanos. A criança fica sem vivência social em grupo. Então, a gente fala o tempo todo para sentar numa praça. A gente estimula e não tem onde. Não tem porque é perigoso, porque não tem recurso. (...) Só tem a escola.

Vê-se o brincar como direcionador da prática clínica, promoção do convívio social e campo onde as trocas fazem emergir as questões da criança. A atuação desses profissionais busca diferenciar do que Dazzani *et al.* (2014, p. 425) chamam de “modelo clínico não contextualizado, com foco nas questões emocionais e individuais”.

5.10 Efeitos positivos e negativos

As famílias reconhecem as intervenções profissionais como positivas, ainda que feitas em um espaço inadequado para acolhimento dessa demanda. A carência de serviços que possam acolher essas demandas sobrecarrega os CAPS ia, pois se tornamos únicos receptores de todas as demandas da infância, que supunha passar pela ordem comportamental ou de aprendizagem. S1, S2, S3 e S4 reiteram esse reconhecimento.

S1: Mudou muito. (...) Evoluiu.

S2: Ele tá se comportando, mas ele fala que tem algo que fala dentro dele, que ele não consegue se controlar.

Ele disse essa semana: eu consegui ler na escola, minha mãe, esse nome. Isso me alegra. Não foi fácil para mim, e aqui me ajudou bastante a controlar meu filho, porque eu não entendia.

S3: Ele não teve mais problema no colégio. (...) Não tive mais reclamação. (...) Ajudou muito a conviver com outras pessoas.

S4: Tá mais, mais tranquilo.

5.11 Cura

Essa categoria não apareceu no conteúdo dos responsáveis pelas crianças, porém, apareceu no grupo focal dos profissionais.

P: Há pacientes que estão em processo de alta, e que a escola pede, por favor, que a alta não seja dada. E aí o trabalho está sendo com a escola, que a escola compreenda que ele não precisa mais desse serviço. (...) O primeiro movimento que fizemos a genitora também disse: acho que alta não.

P: Quando tem um diagnóstico, a família acha que precisa de um acompanhamento para toda a vida, que a criança precisa crescer aqui dentro do CAPS ia. (...) Ela se cola no diagnóstico. E como você tem uma dificuldade de acesso à saúde pública, e de acordo com as portarias, esse paciente, uma vez vencido critérios que deveriam estar no Plano Terapêutico Singular (PTS), ele tinha que ser redirecionado para atenção básica. Só que a gente não tem como fazer esse redirecionamento porque a atenção básica não aceita. (...) Principalmente, porque nosso serviço não é territorializado. Não é um fluxo como rotina.

A fala dos profissionais reflete a insegurança dos profissionais de educação e das famílias em desligar os pacientes dos serviços. A escola – por achar que o CAPS ia encarna o saber médico, que organiza – foca e viabilizará a “normalidade” da criança. Já a família, por achar que o desligamento fechará uma porta que se no

futuro vir a precisar, não encontrará mais, haja vista a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

5.12 Dificuldades

Essa categoria surgiu unicamente no grupo focal dos profissionais e denuncia a carência de serviços de atenção à infância no município de Salvador. O funcionamento de apenas dois CAPS ia no município de Salvador, impossibilita um trabalho no território de maior implicação e resultado para as crianças.

P: Nossa maior dificuldade é não ser territorializado. Usamos aqui a estratégia de ter um técnico responsável por cada distrito sanitário, para minimizar o impacto de não estarmos no território.

P: Acho que é a atenção básica e não ter carro sempre, além de material. Como somos uma unidade da saúde, a secretaria não tem facilidade na compra de brinquedo.

P: E a gente não tem uma supervisão. (...) Outra coisa que dificulta é que nós temos diferentes cargas horárias.

P: As portarias não falam diretamente da saúde mental infantil. As especificidades da infância não são trazidas como cuidado.

O *locus* do atendimento e promoção à saúde mental é no território, seja na escola, igreja, parque ou residência, o profissional tem que estar lá, observando o funcionamento, contradições e construir a solução possível para aquela realidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar a trajetória realizada por crianças, cursando até o quinto ano do ensino fundamental I, que são encaminhadas para os serviços de saúde mental, com queixas escolares relacionadas a problemas de aprendizagem ou comportamentais, na rede municipal de Salvador. Buscou-se identificar os problemas relacionados à assistência dessas crianças, entendendo como a mercantilização chega à saúde e à educação, invadindo as políticas públicas que também passam a ser executadas sob a ótica do capital.

A queixa escolar ou problemas comportamentais, atualmente, povoam os encaminhamentos para os serviços de saúde mental infantil, principalmente os CAPS ia, ainda que tais equipamentos não seja o melhor local para o acolhimento dessas demandas. Verifica-se que crianças pequenas, cada vez mais novas, seriam melhor direcionadas para equipes multiprofissionais na própria rede de educação quando apresentassem alguma dificuldade que se materializa na escola. Frente à inabilidade dos professores em lidar com a criança real, e não aquela que aparece nos livros de pedagogia, e no esgotamento das técnicas que ele utiliza para a maioria dos alunos, há um esvaziamento da sua condição de saber, e ele recorre à saúde, como uma forma de “consertar” aquela criança problemática.

Responsabilizar a criança pelo seu fracasso é tratar, no individual, questões que envolvem diversos atores, como a família, os professores e as políticas sociais e educacionais. Recorta-se o problema, aponta-se o culpado, apagam-se as diferenças e utilizam-se, cada vez mais, rótulos diagnósticos para justificar intervenções isoladas. Antes, problemas que eram tratados como inerentes à condição de humanos, hoje, viram doenças, com direito a subdivisões classificatórias. Esse mecanismo que reproduz a lógica do capital, no qual o meu ser só tem sentido se for igual a você, nada que me diferencie é bem visto, gera uma diversidade de diagnósticos legitimados pela medicina e fomentadores do lucro exorbitantes dos laboratórios farmacêuticos. A ordem é patologizar para medicalizar.

Neste estudo, foram analisados cinco casos de crianças matriculadas em uma unidade do CAPS ia, em Salvador, encaminhadas pela escola ou por questões escolares ou comportamentais. A partir disso, constatou-se que a maioria dos frequentadores do CAPS ia é do sexo masculino, encaminhados muito precocemente para o serviço de saúde mental, em razão da necessidade da escola

em ter diagnósticos fechados sem estar atenta ao processo de desenvolvimento da criança, desconsiderando os aspectos sociais e culturais nas quais elas estão inseridas.

As famílias são pressionadas pelas escolas, que condicionam a matrícula ao “tratamento”, e entendem de maneira mais clara quando a intervenção é realizada pelo médico, em detrimento a outros profissionais. Muitas vezes, essas famílias percorrem diversos serviços, pois há uma fragmentação no cuidado. A criança não é vista em sua totalidade, e sim entendida através do diagnóstico ou sintomas, solidificando uma Rede de assistência que se baseia nos perfis.

Na lógica da patologização e medicalização, o acesso a benefícios sociais só acontece diante de laudos e relatórios e, na maioria das vezes, só são aceitos quando assinados pelo profissional de medicina, o qual constará a doença que a criança tem, engessando qualquer possibilidade futura de ressignificação daquela marca. Diante de um diagnóstico frio, fechado e imutável, há uma dificuldade das famílias em se dissociarem dos serviços de saúde sob a fantasia da eterna doença que não cura.

A mesma rigidez está presente na prática dos profissionais, visto que a política de saúde mental não distingue crianças de adultos, utilizando os mesmos recursos burocráticos para assistência dos dois públicos. Assim, a matrícula de uma criança no serviço só é concluída ao ser preenchido o diagnóstico suposto, gerando identificações atravessadas pelos códigos classificatórios.

Conclui-se que a trajetória de crianças que chegam ao CAPS ia oriunda das escolas demonstram uma dificuldade dos professores em entender qual o papel que cabe a saúde e à educação. Percebe-se a necessidade de serviços nos quais as crianças possam ser vistas na sua integralidade, que funcionem nos seus territórios de moradia, e que possam ter uma lógica desmedicalizante, respeitando as crianças nas suas diversas etapas do desenvolvimento, e considerando aspectos culturais, familiares vivenciais, uma vez que a saúde mental, na sua concepção mais organizadora, acontece no convívio social, e não no separatismo.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. S. *et al.* Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontológica**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.149-158, 2013.
- ARENDDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**: oito exercícios sobre o pensamento político. Lisboa: Relógio D'Água, 2006.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1981.
- ARRETCHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712>. Acesso em: 20 maio 2017.
- BALL, S.; MAGUIRE, M. Discursos da reforma educacional no Reino Unido e nos Estados Unidos e o trabalho dos professores. *In*: BALL, S. *et al.* **Políticas educacionais**: questões e dilemas. São Paulo: Cortez, 2011. p. 175-192.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROSO, A. F. Sobre a Concepção de Sujeito em Freud e Lacan. **Barbariô**: Revista do Departamento de Ciências Humanas da Universidade da Santa Cruz do Sul, n.36, p.149-159, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1975>. Acesso em: 28 de maio 2017.
- BELLINI, M. I. *et al.* **Políticas públicas e intersectorialidade em debate**. 2014. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/24.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.
- BELTRAME, M. M.; BOARINI, M.L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um caps. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 2, p. 336-349, 2013.
- BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- BOBBIO, N. **A Teoria das Formas de Governo**. Tradução Sérgio Bath. Brasília: UnB, 1988.
- BOURDIEU, P. **Contrafogos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BOURDIEU, P. **A profissão de sociólogo**: preliminares epistemológicas. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

BRAGA, S. G.; MORAIS, M. de L.S. e. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com educação. **Psicologia USP**, v.18, n. 4, out/dez. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772007000400003. Acesso em: 20 abr. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. **Lei 8069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 15 nov.2017.

BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. **Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. **Nota técnica 04/2014, de 23 de janeiro de 2014**. Ministério da Educação/ Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão/Diretoria de Políticas de Educação Especial. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15898-nott04-secadi-dpee-23012014&category_slug=julho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. **Nota técnica 11/2019**. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

CABRAL, E.; SAWAYA, S. M. Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. **Estudos de Psicologia**, v.6, n. 2, p.143-155, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413294X2001000200003>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CAPONI, S. Uma biopolítica da indiferença. A propósito da denominada revolução psicofarmacológica. *In*: AMARANTE, P.; PITTA, A. M. F.; OLIVEIRA, W. **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. São Paulo: Editora Zagodoni, 2018. p.17-37.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes, 2015.

CAVALCANTI, V.; SILVA, A. C. Diálogos abertos e Teoria Crítica: por uma “aventura emancipatória”. **Revista Dialética**, v. 6, ano 5, jun. 2015, p. 66-78.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. A educação na era dos transtornos. *In*: VIÉGAS, L. S. *et al.* **Medicalização da educação e da sociedade**: ciência ou mito? Salvador, EDUFBA, 2014. p. 46-65.

COUTO, M.C.V. Trilhando os novos caminhos: a política pública da saúde mental para crianças e adolescentes. *In*: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N.L. **A clínica de crianças com transtorno no desenvolvimento**. Uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2003. p. 191-198.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **PsicClin**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

CRESPO, A. P. A.; GUROVITZ, E. A pobreza como um fenômeno multidimensional. **RAE-eletrônica**, v. 1, n. 2, p. 1-12, jul-dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n2/v1n2a03>. Acesso em: 30 mar. 2017.

DAZZANI, M.V.M. A psicologia escolar e a educação inclusiva: uma leitura crítica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 2, p. 362-375, 2010.

DAZZANI, M.V.M.; CUNHA, E. de O. Da repulsa da escola à diferença: historicizando raízes, perspectivando saídas. *In*: DAZZANI, M. V. M.; SOUZA, V. L. T. de. **Psicologia escolar crítica**: teoria e prática nos contextos educacionais. Campinas: Editora Alínea, 2016. p. 57-76.

DAZZANI, M. V. M. *et al.* Queixa escolar: uma revisão crítica da produção científica nacional. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 18, n. 3, set./dez. 2014, p. 421-428. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v18n3/1413-8557-pee-18-03-0421.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

DAZZANI, M. V. M. *et al.* A queixa escolar sob a ótica de diferentes atores: análise da dinâmica de sua produção. **Estudos de Psicologia**, v. 33, n. 2, abr./jun. p. 237-245, 2016.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em: 15 nov. 2017.

ESTEVIÃO, C. Direitos humanos e educação para outra democracia. **Ensaio: aval. pol.públic. educ.**, v. 19, n. 70, p. 9-20, jan./mar. 2011.

FERREIRA, C.R.; ISAAC, L.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Estudo Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 1, abr.2018, p. 108-125.

- FIALHO, M. B. Fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. *In*: ZEFERINO, M. T. **Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis: UFSC, 2014. p. 11-57.
- FRELLER, C. C. *et al.* Orientação à queixa escolar. **Psicologia em estudo**, v. 6, n. 2, p. 129-134, jul./dez. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S141373722001000200018>. Acesso em: 14 nov. 2017.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.
- GOMES JUNIOR, N. N.; PEREIRA, P. A. P. Necessidades do capital *versus* necessidades humanas no capitalismo contemporâneo: uma competição desigual. **Argumentum**, v. 5, n. 1, p. 50-65, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/5057/4098>. Acesso em 30 mar. 2017.
- GONDIM, L.M.P.; LIMA, J. C. **A pesquisa como artesanato intelectual: considerações sobre método e bom senso**. São Paulo: EDUFSCAR, 2006.
- GUEDES, O. de S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n. 1, p.122-134, jul/dez. 2009.
- GUZZO, R.S. L.; MOREIRA, A. P. G.; MEZZALIRA, A. S. da C. Desafios para o cotidiano do psicólogo dentro da escola: a questão do método. *In*: DAZZANI, M.V.M.; SOUZA, V. L. T. de. **Psicologia escolar crítica: teoria e prática nos contextos educacionais**. Campinas: Editora Alínea, 2016. p. 20-35.
- GUZZO, R.S.L.; PENTEADO, T. C.Z. Educação e psicologia: a construção de um projeto político-pedagógico emancipador. **Psicologia e sociedade**, v. 22, n. 3, 2010, 569-577.
- HARVEY, D. **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume, 2005.
- HARVEY, D. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- JAPPE, A. **A Democracia, que Arapuca!** 1997. Disponível em: <http://grupokrisis2003.blogspot.com.br/2009/06/democracia-quearapuca.html>. Acesso em: 27 maio 2017.
- JINKINGS, I. Apresentação. *In*: MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2008, p. 9-14.
- JUDT, T. **O século XX esquecido: lugares e memórias**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- JUNQUEIRA, A. P. L.; INOJOSA, R. M., KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. *In*: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD “EL TRÁNSITO DE LA CULTURA BUROCRÁTICA AL MODELO DE LA GERENCIA PÚBLICA: PERSPECTIVAS, POSIBILIDADES Y LIMITACIONES”, 9, 1997, Caracas. **Anais [...]**: Caracas: 1997.

p.1-75. Disponível em:

<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/unpan003743.pdf>.

Acesso em: 20 maio 2017.

KERBAUY, M. T. M. Federalismo, descentralização e democracia. **Revista Estudos de Sociologia**, v. 6, n. 10, p. 51-61, 2001. Disponível em:

<http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/180>. Acesso em: 25 maio 2017.

KINALSKI, D. D. F. *et al.* Grupo focal na pesquisa qualitativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 443-448, mar./abr. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0424.pdf. Acesso em: 02 jun. 2018.

LAGE, G. C. Revisitando o método etnográfico: contribuições para a narrativa antropológica. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 97, p. 1-7, jun. 2009. Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/7104>.

Acesso em: 02 dez. 2018.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEMONS, F. A questão epistemológica do pesquisador que pesquisar dentro da sua organização. *In*: INTERPROGRAMAS, 3; SECOMUNICA, 16.

DIVERSIDADE E ADVERSIDADES: O INCOMUM NA COMUNICAÇÃO UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, 2017, BRASÍLIA-DF. **Anais [...]**, Brasília-DF, 2017.p. 19-25. Disponível em:

<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/AIS/article/download/9179/5505>. Acesso em: 11 ago. 2019.

LUZA, E. SIMIONATTO, I. A Atualidade da Contrarreforma do Estado Brasileiro na Gestão das Políticas Sociais. *In*: DIPROSUL, 2001, Pelotas-RS. **Anais [...]**, Pelotas – RS, 2001. p. 1-19. Disponível em:

<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/1.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva**: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. São Paulo: Editora Cultura Acadêmica, 2010.

MACHADO, A. M. Encaminhar para a saúde quem vai mal na educação: um ciclo vicioso? **Revista Educação SME**, 2004. Disponível em:

http://efpava.cursos.educacao.sp.gov.br/Resource/153536,7A7/Assets/NucleoBasico/pdf/nb_m07t11b.pdf. Acesso em: 15 nov. 2017.

MÂNGIA, E.; YASUTAKI, P. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 61-71, abr. 2008.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. Espanha: Editorial Melusina, 2011.

MINAYO, M. C. S. Prefácio. *In*: TAQUETE, S. R. **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2007. p. 7-13.

MONNERAT, G.; SOUZA, R. G. **Intersectorialidade e políticas sociais: contribuições ao debate contemporâneo [2015?]**. Disponível em: http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo2/oral/35_intersectorialidade....pdf. Acesso em: 20 abr. 2017.

MÓNICO, L. S. *et al.* A observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *In*: CONGRESSO IBEROAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA, 6, 2017, Salamanca-Espanha. **Atas: Investigação qualitativa em ciências sociais**, Salamanca-Espanha, 2017. p. 724-733. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/cecnudcen/wp-content/uploads/2018/03/A-Observa%C3%A7%C3%A3o-Participante-enquanto-metodologia-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-qualitativa.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2019.

MOYSÉS, M. A. A; COLLARES, C.A.L. Medicalização do comportamento da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. *In*: VIEGAS, L.S. *et al.* **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** Salvador, EDUFBA, 2014. p. 21-43.

MOYSÉS, M. A. A; COLLARES, C.A.L. Patologização da vida de crianças e adolescentes em tempos sombrios. *In*: AMARANTE, P.; PITTA, A.M.F.; OLIVEIRA, W. **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. São Paulo: Editora Zagodoni, 2018. p. 151-161.

NAVAS, A. L. Políticas públicas no Brasil ignoram crianças com TDAH e com transtornos de aprendizagem. *In*: **Associação Brasileira de Déficit de Atenção**. 2013. Disponível em: <http://tdah.org.br/tdah-politicas-publicas-educacionais-no-brasil-ignoram-criancas-com-tdah-e-com-transtornos-de-aprendizagem/>. Acesso em: 16 nov. 2017.

NUNES, E. Desafio estratégico da política pública: o ensino superior brasileiro. **Rev. Adm. Pública**, v. 41, número esp., p.103-147, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122007000700008>. Acesso em: 15 nov. 2017.

OLIVEIRA, J. L. A.P.; BRAGAGNOLO, R. I.; SOUZA, S. V. Preposições metodológicas na intervenção com estudantes com queixa escolar. **Revista quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 477- 484, set./dez. 2014.

PANI, S. G. B.; SOUZA, M. P.R. Da medicalização à multideterminação da queixa escolar: o caso do TDAH. *In*: AMARANTE, P.; PITTA, A. M. F.; OLIVEIRA, W. **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. São Paulo: Editora Zagodoni, 2018. p.113-128.

PEREIRA, C. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. *In*: MONNERAT *et al.* **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 23-39.

PEREIRA, C. P. **Proteção social no capitalismo**: crítica a teorias e ideologias conflitantes, São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, P. C. A pobreza, suas causas e interpretações: destaque ao caso brasileiro. **SER Social**, Brasília, n. 18, p. 229-252, jan./jun. 2006. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/191/970. Acesso em: 15 abr. 2017.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

POUPART, J. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Ed. Vozes, 2014.

SADER, E. Prefácio. *In*: MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2008. p.15-18.

SARAMAGO, J. Onde está a democracia? Produção de Huellas de Barro. [S.l]: **Nossa época**, 2016. 1 vídeo (1:51 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nFFaJy4I-Xw>. Acesso em: 26 maio 2017.

SILVA, F. L. E. “Quem Somos Nós?”. Programa sobre a obra de Hannah Arendt. (S. l.: s. n.), 2016. 1 vídeo (51:53 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OCZCKiEb3-o>. Acesso em: 28 maio 2017.

SILVEIRA, J. M. da; RIBEIRO, M. J. L.; LEONARDO, N. S. T. Queixas escolares: analisando as práticas institucionais de encaminhamento. *In*: LEONARDO, N. S. T.; LEAL, Z. F. R. G.; FRANCO, A. de F. **O processo de escolarização e a produção da queixa escolar**: reflexões a partir de uma perspectiva crítica em Psicologia. Maringá: EDUEM/UEM, 2014. p. 61-78.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TEIXEIRA, A. **Educação e o mundo moderno**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

TEIXEIRA, M. R. *et al.* Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>. Acesso em: 15 nov. 2017

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

WOLKMER, A. C. As necessidades humanas como fonte insurgente de direitos fundamentais. **Veredas do Direto**, p. 85-92, jul./dez. 2004. Disponível em: http://domhelder.edu.br/veredas_direito/pdf/20_80.pdf. Acesso em: 30 mar.2017.

YASBEK, M. C. Sistemas de proteção social, intersectorialidade e integração de políticas sociais. *In*: MONNERAT, G. L. *et al.* **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p.77-103.

- 8- O que você considera que modificou após a criança frequentar o CAPS ia?
- 9- Fale sobre o que você observa sobre o desenvolvimento da criança na escola.
- 10- Como a escola se refere à criança?
- 11- A escola oferece algum trabalho diferenciado para a criança?
- 12- A criança frequenta todas as atividades da escola?
- 13- Ela frequenta todo o turno da escola?
- 14- Qual a comunicação existente entre a escola e o CAPS ia?
- 15- O que você compreende sobre o trabalho que é feito no CAPS ia?
- 16- A criança é atendida em outros serviços de saúde ou educacional?
- 17- O que mais gostaria de acrescentar sobre a criança, a escola ou o CAPS ia?

**APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL
(COM PROFISSIONAL DO CAPS ia)**

I- PERFIL:

Nome:

Sexo:

Idade:

Quanto tempo trabalha nessa unidade:

Profissão:

Atividades que realiza na unidade:

II- QUESTÕES NORTEADORAS:

- 1- Como chega o encaminhamento de crianças, cursando até o quinto ano, na unidade?
- 2- Qual o fluxo após essa chegada?
- 3- Existem muitos casos de encaminhamentos oriundos de unidades escolares?
- 4- Que relação a unidade estabelece com as escolas?
- 5- Que comunicação a unidade tem com a escola do paciente?
- 6- Como acontece a comunicação e o trabalho com a família?
- 7- Qual a maior demanda da família?
- 8- Como a família reage às intervenções?
- 9- Quais os critérios de finalização do atendimento no CAPS ia?
- 10- Quais as maiores dificuldades no atendimento em CAPS ia?
- 11- Quais os limites e acertos da atual política de saúde mental infantil?
- 12- Outras considerações.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PERCURSO DA QUEIXA ESCOLAR DA EDUCAÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DE ENCAMINHAMENTOS PARA CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Pesquisador: SUELY MARIA COSTA LOBO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13380819.5.0000.5628

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO UNIVERSITÁRIA E CULTURAL DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.327.547

Apresentação do Projeto:

A Reforma Psiquiátrica brasileira determinou um novo modelo de assistência a saúde mental, banindo o hospitalocentrismo, e instituindo os serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nessa perspectiva, as crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes também foram incluídos nessa política, e atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPS ia). Geralmente são crianças e adolescentes que apresentam problemas comportamentais ou queixas escolares, relacionadas a aprendizagem. As mesmas são encaminhadas por escolas, que demandam diagnósticos precisos, condutas terapêuticas para aprendizagem e, quase sempre, insinuam necessidade de intervenção medicamentosa para contenção de comportamento ou facilidade na absorção e fixação de conteúdo. Salvador conta com dois CAPS ia, voltado para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos graves. Assim, o objetivo proposto nessa pesquisa é descrever a trajetória realizada por crianças que cursam até o quinto ano do ensino fundamental, que são encaminhadas para o CAPS ia Luis Meira Lessa, local da investigação, oriundas da rede municipal de Salvador. A pesquisa terá abordagem qualitativa exploratória, utilizando pesquisa bibliográfica e análise documental, com coleta de dados a partir de observação de campo, entrevistas semiestruturadas realizadas com responsáveis de pacientes que cursem até o quinto ano do ensino fundamental I e grupo focal com participação de profissionais do CAPS ia. Para análise dos dados, utilizar-se-á a

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589

Bairro: PITUACU

CEP: 41.740-090

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3203-8913

Fax: (71)3203-8975

E-mail: cep@ucsal.br

Continuação do Parecer: 3.327.547

análise de conteúdo por categorias pré definidas, que são: demanda da família, valores familiares, encaminhamentos, uso de medicação, escolarização, adoecimento psíquico, desenvolvimento infantil e cura, ou outras categorias que venham a surgir. O critério de exclusão desse grupo será suspeitas diagnósticas referentes a psicose infantil e autismo.

Referente aos profissionais, o critério de exclusão será não ter nível superior na função desempenhada na unidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever e analisar a trajetória realizada por crianças, cursando até o quinto ano do ensino fundamental I, que são encaminhadas para os serviços de saúde mental, com queixas escolares relacionadas a problemas de aprendizagem ou comportamentais, na rede municipal de Salvador.

Objetivos Secundários:

- Traçar a estrutura do CAPS ia como espaço acolhedor de demandas referentes à infância.
- Retratar a demanda que chega ao CAPS ia, quando são justificadas por queixas escolares, relacionadas a problemas de aprendizagem ou comportamentais.
- Contribuir para a inserção de políticas públicas voltadas para a saúde mental da infância e adolescência, no município de Salvador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Toda pesquisa que envolve seres humanos há riscos em tipos e gradações variadas. Diante disso, as entrevistas semiestruturadas com os responsáveis das crianças ou as questões direcionadas ao grupo focal que terão os profissionais como participantes, podem gerar situações de desconforto para seus participantes. Caso ocorra esse desconforto, o participante poderá não responder a pergunta ou até sair a qualquer momento da pesquisa, sem que seja forçado a continuar. Ressalto que terá uma profissional de Psicologia disponível para o atendimento futuro dos participantes, cuja participação na pesquisa gere alguma mobilização futura".

Benefícios:

Contribuir para a inserção de políticas públicas voltadas para a saúde mental da infância e adolescência, no município de Salvador.

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589

Bairro: PITUACU

CEP: 41.740-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3203-8913

Fax: (71)3203-8975

E-mail: cep@ucsal.br

Continuação do Parecer: 3.327.547

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está bem redigido e bem fundamentado. A metodologia está clara, e as autoras tiveram os devidos cuidados com os participantes da pesquisa, pois tomaram as devidas precauções em relação aos riscos éticos que venham a surgir, constando inclusive com a declaração de uma psicóloga para atendimento a um eventual encaminhamento do participante da pesquisa por parte das pesquisadoras.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados folha de rosto, roteiros de entrevista, TCLE para os responsáveis pelos alunos e para os profissionais e carta de anuência da instituição com parecer.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do colegiado, ocorrida em 15/05/2019, fica deliberado que o projeto está aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1351164.pdf	09/05/2019 11:06:01		Aceito
Outros	DECLARA.pdf	09/05/2019 11:05:42	SUELY MARIA COSTA LOBO	Aceito
Folha de Rosto	FÓLHADEROSTOSUELY.pdf	09/05/2019 11:04:01	SUELY MARIA COSTA LOBO	Aceito
Outros	ROTEIRO2.pdf	07/05/2019 10:41:35	SUELY MARIA COSTA LOBO	Aceito
Outros	ROTEIRO1.pdf	07/05/2019 10:40:03	SUELY MARIA COSTA LOBO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	07/05/2019 10:37:49	SUELY MARIA COSTA LOBO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	07/05/2019 10:35:37	SUELY MARIA COSTA LOBO	Aceito

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589

Bairro: PITUACU

CEP: 41.740-090

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3203-8913

Fax: (71)3203-8975

E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 3.327.347

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo.pdf	07/05/2019 10:29:23	SUELY MARIA COSTA LOBO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECERN02819.pdf	07/05/2019 10:28:41	SUELY MARIA COSTA LOBO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	07/05/2019 10:26:09	SUELY MARIA COSTA LOBO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 15 de Maio de 2019

Assinado por:

ANDERSON ABBEHUSEN FREIRE DE CARVALHO
(Coordenador(a))

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AQUAR - 2589
Bairro: FITURACU CEP: 41.740-090
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

ANEXO B – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO SALVADOR



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

Salvador, 25 de abril de 2019.

PARECER N.º. 028/2019

PROJETO/TÍTULO: O PERCURSO DA QUEIXA ESCOLAR DA EDUCAÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DE ENCAMINHAMENTOS PARA O CAPS ia.

OBJETIVO GERAL:

- Descrever e analisar a trajetória realizada por crianças, cursando até o quinto ano do ensino fundamental I, que são encaminhadas para os serviços de saúde mental, com queixas escolares relacionadas a problemas de aprendizagem ou comportamentais, na rede municipal de Salvador.

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS: Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Fernandes Pitta, orientadora e Suely Maria Costa Lobo, mestranda.

INSTITUIÇÃO PROPONENTE: Universidade Católica do Salvador / Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania.

INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE: Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Salvador.

CONSIDERAÇÕES:

- Considerando a Carta n.º. 0244/2010, CONEP/CNS; a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º. 466/12; Resolução do CNS n.º. 510/2016; Resolução n.º. 580/2018; a Lei n.º. 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso a informações.

ITENS OBSERVADOS:

ITEM	CONTEMPLADO	PARCIALMENTE CONTEMPLADO	NÃO CONTEMPLADO	NÃO SE APLICA
JUSTIFICATIVA	X			
OBJETIVOS	X			
METODOLOGIA	X			
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	X			
INSTRUMENTOS DE COLETA	X			
LÓCUS DA PESQUISA	X			
RISCOS E ENCAMINHAMENTOS CASO NECESSÁRIO	X			
MEIOS DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	X			



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL**

ITEM	CONTEMPLADO	PARCIALMENTE CONTEMPLADO	NÃO CONTEMPLADO	NÃO SE APLICA
TCLE OBS. A RESOLUÇÃO 466/12 LIGUAGEM CLARA E ACESSÍVEL	X			
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE ENTREVISTAS E/OU ACESSO A DOCUMENTOS	X			
CRONOGRAMA	X			
OUTROS (Orçamento)	X			

OBSERVAÇÕES:

Enviar o parecer de aprovação do CEP para o email abaixo:

- integracaoensinoservico.sms@gmail.com

PARECER:

- **AUTORIZADO**

Salvador, 25 de abril de 2019.


 Amin Elias Ferreira

Mat. 304.2257
Técnico Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas
Coordenadoria de Gestão de Pessoas da SMS