



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Educação

PAOLA CRISTINA NOGUEIRA XAVIER

**PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO: REVISITANDO POSSIBILIDADES
DE APROXIMAÇÃO ENTRE A ESCOLA E O SERVIÇO DE SAÚDE
MENTAL**

Campinas
2024

PAOLA CRISTINA NOGUEIRA XAVIER

**PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO: REVISITANDO POSSIBILIDADES
DE APROXIMAÇÃO ENTRE A ESCOLA E O SERVIÇO DE SAÚDE
MENTAL**

*Dissertação apresentada à Faculdade
de Educação da Universidade
Estadual de Campinas como parte
dos requisitos exigidos para a
obtenção do título de Mestra em
Educação, na área de Educação.*

Orientadora: Profa. Dra. Lilian Cristine Ribeiro Nascimento

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA
PAOLA CRISTINA NOGUEIRA XAVIER, E ORIENTADA PELA
PROFA. DRA. LILIAN CRISTINE RIBEIRO NASCIMENTO

Campinas
2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Biblioteca da Faculdade de Educação
Gustavo Lebre de Marco - CRB 8/7977

X19p Xavier, Paola Cristina Nogueira, 1984-
Para além do diagnóstico : revisitando possibilidades de aproximação entre a escola e o serviço de saúde mental / Paola Cristina Nogueira Xavier. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Lilian Cristine Ribeiro Nascimento.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Educação.

1. Serviços de saúde mental para crianças. 2. Medicalização. 3. Psicanálise. 4. Saúde mental infantil. I. Nascimento, Lilian Cristine Ribeiro. II. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Faculdade de Educação. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Beyond diagnosis : revisiting possibilities for collaboration between schools and mental health services

Palavras-chave em inglês:

Child mental health services

Medicalization

Psychoanalysis

Child mental health

Área de concentração: Educação

Titulação: Mestra em Educação

Banca examinadora:

Lilian Cristine Ribeiro Nascimento [Orientador]

Ricardo de Castro e Silva

Ângela Fátima Soligo

Data de defesa: 24-06-2024

Programa de Pós-Graduação: Educação

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0009-0008-9528-163X>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/6197772931771904>

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Educação

**PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO: REVISITANDO POSSIBILIDADES
DE APROXIMAÇÃO ENTRE A ESCOLA E O SERVIÇO DE SAÚDE
MENTAL**

PAOLA CRISTINA NOGUEIRA XAVIER

COMISSÃO JULGADORA:

Profa. Dra. Lilian Cristine Ribeiro Nascimento
Prof. Dr. Ricardo de Castro e Silva
Profa. Dra. Angela Fátima Soligo

A Ata da Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

2024

Dedico esta pesquisa a todas as crianças, adolescentes e familiares que generosamente compartilharam suas histórias de vida comigo durante os anos em que atuei no CAPSij de Hortolândia-SP. Também dedico a todos que acreditam que uma infância livre da patologização e da medicalização é possível.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Agradeço a Deus por ter me dado vida e saúde para iniciar e concluir essa pesquisa.

Às crianças, adolescentes e seus familiares, os quais tive o privilégio de atender nas Unidades de Saúde do Jardim Amanda, São Bento e no CAPSij – Hortolândia-SP

Agradeço imensamente a paciência, cuidado e generosidade da minha querida orientadora Lilian Cristine Ribeiro, que me ensinou muito com sua firmeza, mas sem nunca perder a ternura.

À minha mãe, que sempre acreditou em mim, mesmo diante do que pareciam ser os meus maiores fracassos.

Ao meu pai (em memória), que não desperdiçou seu tempo aqui na Terra e me ensinou a valorizar as coisas boas da vida.

À minha irmã, Mayara, que sempre me inspira com seu exemplo de esmero, responsabilidade e doçura em tudo que faz, e ao meu cunhado Wellington.

À minha avó Aline, que sempre perguntava se eu estava indo bem nos estudos, e ao meu avô Pedro, que sempre me “dá a bênção” mesmo quando eu não peço.

À minha tia Leila, que me ensinou muitas coisas, das continhas de matemática a dirigir com confiança.

À minha tia Renata, que me ensinou a ser criativa e me inspirou a trabalhar com crianças.

Ao meu tio Pedro, que me ensinou a ser uma pessoa honesta e verdadeira.

Agradeço aos meus primos Rodrigo, Aline, Davi, Genésio, Gabriela, Nicolas, Milena, Murilo, Pedro Henrique, Ulisses, Helena, Arthur e Joaquim, por serem meus primeiros amigos.

À minha prima Fabiana, por me ensinar que é possível realizar grandes coisas com empenho e dedicação.

Aos meus/minhas queridos/as amigos/as:

Carol Jango e Karina Cubas (do Cefam para a vida);

Jessica Delai e Aline Perez (da graduação para a vida), psicólogas espetaculares e amigas incríveis;

Thamiris Daniel (do Mestrado, meu, e Doutorado, dela, para a vida);

Liliane Funai (do CAPSij para a vida);

Ana Cris Vangrelino e Cinthia Vilas Boas (do Coletivo Psicopretas para a vida);

Antonio Carlos (da igreja para a vida);

Daniel Braga, grande amigo e super apoiador;

Gustavo Ferrari de Moraes, aquele que compartilha os percalços da neurodiversidade com muito bom humor;

Gustavo Padovani, aquele que só enxerga coisas boas;

Mellina Silva, que fez as leituras e críticas de última hora;

Emiliano de Camargo David, querido supervisor e encorajador;

Marina Decot Sdoia, que numa conversa informal me abriu os olhos para a possibilidade de pensar na interface da saúde mental com a educação.

Aos profissionais que direta ou indiretamente tornaram essa pesquisa possível:

Equipe do CAPSij de Hortolândia (2016 a 2020), em especial David Ribas e Joseane Andrade;

Todos os bibliotecários da FE;

Todos da Secretaria de Pós-Graduação da FE;

Todos do Laboratório de Informática da FE;

Érico Santos Pimenta (Comitê de Ética em Pesquisa);

Ana Paula de Moraes e Oliveira (Bibliotecária FCM);

Aos professores: Ricardo de Castro e Silva, Angela Fátima Soligo, Ana Archangelo e Heloísa Matos Lins.

*Permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes
Se isso é sobre vivência
Me resumir a sobrevivência
É roubar o pouco de bom que vivi
Por fim, permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes
Achar que essas mazelas me definem
É o pior dos crimes
É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nós sumir*
(AmarElo, 2019)

RESUMO

Esta pesquisa buscou analisar as relações possíveis entre o CAPSij de Hortolândia e as escolas da rede municipal da referida cidade, a partir de um estudo de caso de uma adolescente encaminhada pela escola para o serviço de saúde, visando compreender as tensões, impactos e soluções produzidas por essa parceria, a partir das experiências vividas pela adolescente. Trata-se de um estudo de caso qualitativo que utilizou como instrumentos para coleta de dados entrevistas semiestruturadas e análise documental. A análise dos dados, por sua vez, se deu a partir dos referenciais teóricos da psicanálise. Os resultados apontaram que: o diagnóstico, muitas vezes construído sem considerar a subjetividade da criança ou adolescente, escamoteia o sofrimento real e impede a compreensão adequada de suas necessidades, assim, a medicalização como solução única para os problemas dos jovens não demonstra efetividade na melhora do comportamento ou nas relações sociais; a parceria entre o serviço de saúde e a escola pode contribuir para a compreensão do papel da instituição na vida dos alunos e para a busca por soluções para os desafios enfrentados no campo da saúde mental infantojuvenil; alunas e alunos que resistem ao funcionamento padrão da escola exigem um esforço conjunto da escola, do serviço de saúde e de toda a rede intersetorial na busca pela garantia de seus direitos, e essa resistência necessariamente está ligada a um quadro de sofrimento vivido por essas crianças e adolescentes. Uma outra questão importante é a cultura do encaminhamento precoce de crianças da atenção básica para o CAPSij, que está associada à falta de orientação e profissionais qualificados nas unidades básicas de saúde e à ausência de psicólogos nas escolas, conforme previsto em lei.

Palavras-chaves: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). Medicalização. Psicanálise. Saúde mental infantojuvenil.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the possible relationships between the Child and Adolescent Mental Health Center (CAPSij) of Hortolândia and the schools of the municipal network of the same city, based on a case study of an adolescent referred by the school to the health service, aiming to understand the tensions, impacts, and solutions produced by this partnership, based on the experiences lived by the adolescent. It is a qualitative case study that used semi-structured interviews and documentary analysis as data collection instruments. The data analysis, in turn, was based on the theoretical framework of Psychoanalysis. The results showed that: the diagnosis, often constructed without considering the subjectivity of the child or adolescent, hides the real suffering and prevents an adequate understanding of their needs, thus, medicalization as the only solution to the problems of young people does not demonstrate effectiveness in improving behavior or social relations; the partnership between the health service and the school can contribute to understanding the role of the institution in the lives of students and in the search for solutions to the challenges faced in the field of child and adolescent mental health; students who resist the standard functioning of the school require a joint effort from the school, the health service, and the entire intersectoral network in the search to guarantee their rights, and this resistance is necessarily linked to a picture of suffering experienced by these children and adolescents. Another important issue is the culture of early referral of children from primary care to CAPSij, which is associated with the lack of guidance and qualified professionals in primary care units and the absence of psychologists in schools, as provided by law.

Key-Words: Child and Adolescent Mental Health Center. Medicalization. Psychoanalysis. Child and adolescent mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
ABRAPEE	Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAWBA	Development and Well-Being Assessment
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manual ESF – Estratégia de Saúde da Família
FENAPSI	Federação Nacional dos Psicólogos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TDAH	Transtorno de Atenção e Déficit de Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TOD	Transtorno de Oposição Desafiante
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

MEMORIAL.....	13
INTRODUÇÃO	17
1 EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL.....	27
1.1 Aspectos históricos	27
1.2 Políticas públicas de saúde (mental) na escola	33
1.2.1 Portaria n. 1.537, de 15 de junho de 2010 – Programa Saúde na Escola.....	41
1.2.2 Lei n. 13.935/2019 – Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica	43
1.2.3 Lei n. 14.819/2024 – Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares	46
2 O TAL DO DIAGNÓSTICO	48
2.1 Diagnósticos para quê, PARA QUEM?	48
2.1.1 A realidade do CAPSiJ de Hortolândia.....	51
2.2 Transtorno do espectro autista (TEA)	52
2.3 Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).....	58
2.4 Transtorno opositivo desafiador	66
2.5 O que diz um diagnóstico?.....	69
3 METODOLOGIA	71
3.1 Abordagem e método de pesquisa.....	71
3.2 Participante da pesquisa	74
3.3 Instrumentos de pesquisa.....	75
4 EXCEDENDO DIAGNÓSTICOS	77
4.1 Algumas crises... ..	77
4.2 A escola e o CAPSiJ.....	82
4.3 A(s) escola(s) e Carolina.....	85
4.4 Diagnósticos e medicação	94
4.5 Sofrimento	97
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS.....	104
ANEXO 1.....	118
ANEXO 2.....	119
ANEXO 3.....	121

MEMORIAL

A primeira vez que fiz um memorial foi lá no começo dos anos 2000, no Centro Específico de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério (CEFAM) Pe. Ismael Simões, localizado em Campinas. Aquele memorial era uma proposta de atividade para a disciplina de ensino de Língua Portuguesa, em que, além de contar sobre nossa história com a educação, deveríamos trazer imagens que remetessem ao nosso processo de escolarização nas séries iniciais. Lembro-me de ter escolhido, dentre várias imagens, os personagens da Turma da Mônica, pois foram minhas grandes inspirações para aprender a ler: meu maior desejo era fazer “leituras silenciosas” dos gibis do Mauricio de Sousa. Aprendi a ler no início dos anos 1990, na minha querida EMEI Tancredo Neves. Eu amava ir à escola, amava aprender, e, depois de pular corda, brincar de escolinha era minha atividade preferida – e eu levava essa brincadeira muito a sério.

No final dos anos 1990, rumo ao Ensino Médio, minha relação com a escola e com a educação já não era mais a mesma – embora não apresentasse nenhum problema de aprendizagem (talvez um pouco de dificuldade de socialização), não tinha a mesma motivação e disposição para ir à escola. Àquela altura, ser professora não era exatamente o que eu queria, mas me pareceu uma boa opção fazer Magistério, considerando o sonho de infância. A experiência de estudar no CEFAM foi fantástica, tive contato com professores espetaculares, que, por amarem o que faziam, nos inspiraram a ser iguais ou melhores do que eles. Também fiz grandes amigas, que hoje fazem história na educação brasileira. Apesar disso, ao final desse processo, eu já não tinha tanta certeza se queria ser mesmo professora... Mas experimentei a sala de aula por quatro anos, sempre na Educação Infantil, enquanto fui me aventurando na psicologia.

Fiz o curso de Psicologia em uma universidade particular pelo Programa Universidade para Todos (Prouni). Durante a graduação, nada me interessava mais do que os processos de aprendizagem, a psicologia escolar e as questões de desenvolvimento... No período dos estágios obrigatórios, escolhi o estágio de Psicologia Escolar, e minha turma deveria trabalhar com adolescentes do Ciclo Básico 2, em uma escola municipal na periferia de Campinas. Foi uma experiência muito interessante, mas infelizmente, à época, nos faltou senso crítico, e até mesmo conhecimento, de modo que acabamos contribuindo com uma prática patologizante

dentro daquela escola.

No ano de 2014, iniciei minha carreira como psicóloga no setor público trabalhando na Atenção Básica, onde passei a atender de crianças pequenas a idosos, com queixas das mais diversas. Obviamente, recebia muitas crianças encaminhadas pelas escolas, e novamente me deparava com questões ligadas à educação. Desse período, gostaria de destacar um caso (embora existam muitos outros que eu gostaria de contar) que me marcou por muitos motivos, sobretudo pela maneira como a escola lidou com a situação, e ao qual chamarei “Caso Fábio”¹.

Fábio esteve sob meus cuidados profissionais por quase um ano, devido às queixas de comportamento em casa e na escola. A dinâmica familiar era um tanto quanto conturbada, e Fábio era o irmão do meio de um adolescente e de uma criança, ambos diagnosticados com o transtorno do espectro autista. Fábio se esforçava muito para manter tudo em ordem, por dentro e por fora, mas era muita coisa para lidar sozinho. Os comportamentos disruptivos apareciam com mais intensidade na escola, mas, apesar disso, Fábio não apresentava nenhum problema de aprendizagem, pelo contrário, era muito inteligente e aprendia muito rápido. Sua grande dificuldade era lidar com suas emoções e comunicá-las. Após pouco mais de um ano, decidimos que Fábio poderia seguir sem a psicoterapia, porém, cerca de seis meses depois, por muita insistência da mãe e da escola, o garoto retornou aos atendimentos.

Em nosso primeiro ou segundo encontro após o retorno, Fábio me faz a seguinte pergunta: “Você é sempre feliz?”. Surpresa, digo que não, e pergunto por quê, ao que ele responde: “É que você é psicóloga, achei que você soubesse como faz para ser feliz o tempo todo”. Quem dera nós, psicólogos, soubéssemos o que fazer para ser feliz o tempo todo numa sociedade adoecida como a nossa... Propus que tentássemos encontrar a resposta – caso houvesse – juntos. E ali retomei não só meus encontros com Fábio, como os encontros com a escola, que faziam que eu me questionasse continuamente sobre o sofrimento ao qual Fábio estava submetido a ponto de fazê-lo imaginar que existiria uma forma de viver feliz o tempo todo.

Uma das conversas com a escola foi bastante tensa, pois a equipe escolar queria de qualquer maneira um diagnóstico que explicasse/justificasse os comportamentos de Fábio. A situação me incomodou demais porque a escola desconhecia o que estava acontecendo na vida do menino, e parecia não imaginar

¹ Nome fictício.

que, mais do que um diagnóstico, Fábio precisava de acolhimento. Por diversos motivos, a vida dele não estava sendo fácil, e patologizar aquela situação, embora fosse mais cômodo para mim enquanto profissional da saúde, não contribuiria em nada para a vida dele. A escola tornou-se o lugar onde Fábio manifestava todo seu descontentamento com a vida e consigo mesmo, mas também era o lugar onde ele recebia a atenção da sua mãe, de sua avó, e até mesmo de seus professores. Ser psicóloga me deu a chance de fazer laço com Fábio, e à medida que me propunha a escutá-lo, permitia que ele também fizesse laço com a família e a escola. Fábio não precisava de diagnóstico para isso.

Após essa experiência e alguns anos de Atenção Básica, entendi que já era hora de ter novas experiências e pedi transferência para o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, local onde os casos atendidos são considerados graves; com isso, as relações com a escola tornaram-se ainda mais tensas. Ao receber novas crianças com velhas queixas, com a incumbência de responder a tantas perguntas tão complicadas quanto a de Fábio, pude notar que nossas práticas (de saúde e educação) não estavam levando em conta nem as perguntas, nem os desejos, nem as necessidades das crianças e adolescentes pelos quais trabalhamos.

Assim, com base em vivências ainda mais complexas envolvendo “crianças-problemas”, que apresentavam algum tipo de transtorno, diagnosticado ou não, e conflitos escolares, dos quais o CAPSij se tornou mediador, resolvi, incentivada por meu coordenador na ocasião, Ricardo Castro, escrever um projeto de pesquisa que contemplasse as ideias dessas crianças a respeito da escola e do serviço de saúde mental. Essa escolha fez todo sentido, visto que a capacidade humana de narrar e criar histórias é uma característica biopsicossocial e cultural essencial. Ela se manifesta na necessidade de dar sentido às experiências e de se comunicar e interagir consigo mesmo e com o mundo (Passeggi *et al.*, 2018). Por isso, nada mais oportuno que permitir que as crianças/adolescentes pudessem dizer, e se dizer, para além do que diziam delas.

O processo de escrita deste trabalho foi atravessado por diversos entraves, a começar pela pandemia de covid-19, razão pela qual as crianças que seriam entrevistadas, na ocasião da entrevista, encontravam-se em outra fase da vida, a adolescência. Não considero o fato um problema, visto que a fala dos participantes veio enriquecida com ainda mais experiências, agregando muito à pesquisa. Além da pandemia, também enfrentei algumas dificuldades no próprio CAPSij, o que me trouxe

alguns problemas de saúde mental (vejam só que ironia!), e deixei de cumprir com algumas obrigações acadêmicas, o que teria me prejudicado muito, não fosse a intervenção de minha orientadora Lilian e o auxílio da professora Heloísa Matos Lins.

Após quase seis anos no CAPSij, fui transferida para o CAPS III no mesmo município e, após quase dois anos, voltei à UBS no bairro onde tudo começou. Por fim, feitas diversas tentativas de conciliar as 40h com a pesquisa, optei por deixar o cargo de servidora pública, após 13 anos, sendo três deles na Secretaria de Educação, para concluir esta dissertação. Sinto-me realizada por ter chegado até aqui, e desejo que este trabalho nos ajude a lembrar que as crianças e adolescentes têm muito a dizer e não precisam de um encaminhamento, tampouco de um diagnóstico para isso.

INTRODUÇÃO

O espaço escolar concentra grande parte da população infantojuvenil brasileira e, portanto, “agrega diversidades e singularidades, potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde, bem como garantia da proteção integral e o desenvolvimento de pessoas sob princípios de autonomia e emancipação” (Brasil, 2014, p. 39). Considerando a diversidade e singularidade de cada criança/adolescente, esta dissertação se propõe a refletir acerca das tensões e das práticas educacionais em que é possível a atuação do serviço de saúde mental frente às necessidades da escola e das crianças/adolescentes, através do estudo de caso de uma adolescente que frequentou o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij)^{2,3} de Hortolândia entre 2016 e 2020.

Thiengo *et al.* (2014) realizaram uma revisão sistemática na qual apontaram que, segundo projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), crianças e adolescentes apresentam altas taxas de prevalência de transtornos mentais. Estudos internacionais mostraram que a incidência de problemas de saúde mental tenderia a aumentar proporcionalmente com a idade: entre as crianças em idade pré-escolar, foi de 10,2%, enquanto que, entre os adolescentes, foi de 16,5%. De acordo com Buchweitz *et al.* (2020), no ano de 2015, uma metanálise sobre a prevalência global de transtornos mentais em crianças e adolescentes (até 18 anos) reportou uma taxa geral de 13,4%. Segundo os pesquisadores, essa estimativa sugere que aproximadamente 241 milhões de jovens em todo o mundo têm algum tipo de transtorno mental, sendo os mais comuns os transtornos de ansiedade, os disruptivos, o de déficit de atenção/hiperatividade e os transtornos depressivos.

Conforme projeção do IBGE para 2020, considerando uma população de 60 milhões de habitantes com menos de 19 anos no Brasil, estima-se que aproximadamente 8 milhões de crianças e adolescentes tenham ao menos um transtorno mental diagnosticável, o que corresponderia a uma prevalência de 13%. Os dados sobre crianças e adolescentes brasileiros foram gerados por estudos de base populacional colhidos em 2004 na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, em

² “Os centros de atenção psicossocial têm como público-alvo crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida” (Brasil, 2014).

³ A partir de agora denominado CAPSij.

que as crianças foram avaliadas com o instrumento Development and Well-Being Assessment (DAWBA). O DAWBA combina uma entrevista estruturada com perguntas baseadas nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Internacional de Doenças (CID), com uma avaliação clínica para identificar transtornos mentais. A avaliação revelou que entre 13,2% e 12,8% das crianças atendiam aos critérios para pelo menos um transtorno, de acordo com a CID-10 e o DSM-IV, respectivamente. A maior prevalência foi dos transtornos de ansiedade, detectados em cerca de 9% das crianças. Conhecer e reconhecer essas situações em contextos locais e nacionais é crucial para a organização dos sistemas de saúde e a implementação eficaz de políticas de saúde mental (Buchweitz *et al.*, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais observados em crianças e adolescentes podem ser divididos em duas categorias distintas. A primeira é representada pelos transtornos do desenvolvimento psicológico, os quais têm seu início na primeira ou segunda infância, caracterizados por um comprometimento ou atraso no desenvolvimento de funções que estão ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central. A segunda categoria compreende os transtornos de comportamento e emocionais, que também têm um início precoce e englobam transtornos hiperativos, como os distúrbios de atenção e atividade, bem como os distúrbios de conduta. Estes podem estar associados a déficits cognitivos e atrasos específicos no desenvolvimento da motricidade e linguagem (Thiengo *et al.*, 2014).

Entre os anos de 2016 e 2020, enquanto atuava como psicóloga no CAPSij da cidade de Hortolândia, pude constatar que recebíamos um volumoso número de encaminhamentos das escolas públicas do município, sendo majoritariamente de meninos, com idade entre 7 e 12 anos, cursando o Ensino Fundamental. As queixas contidas nos encaminhamentos das escolas estavam relacionadas principalmente a problemas de comportamento e, em alguns casos, a problemas de aprendizagem. As crianças e adolescentes encaminhados ao CAPSij eram descritos pelas professoras, gestores/as e cuidadores/as como agitados, agressivos, indisciplinados, rebeldes, desobedientes e indesejados, por causarem conflitos e desorganizarem a estrutura da sala de aula e da escola, onde parecia não haver espaço para crianças que não se conformavam, sendo elas interpretadas como mostra de desvio ou anormalidade (Vicentin; Gramkow, 2018).

De acordo Garnica (2018), subjacente à prática de encaminhar alunos com dificuldades para atendimento psicológico, existe uma visão específica de educação e, mais precisamente, de problemas escolares, que se baseia na ideia de que a dificuldade de aprendizado do aluno é um sinal de conflitos e desafios individuais de natureza emocional, neurológica ou intelectual. Os resultados de sua pesquisa mostraram que os motivos dos encaminhamentos, de fato, em sua grande maioria, estão focados em elementos pessoais, como comportamento, processos de aprendizagem (habilidades, conhecimentos, desempenho acadêmico), desenvolvimento cognitivo/emocional e ambiente familiar. Contudo, a autora aponta que:

O fracasso escolar e as dificuldades de aprendizagem, não se explicam e nem se restringem ao âmbito individual, mas são produzidos nas relações escolares, com forte determinação dos processos sociais e dos aspectos estruturantes do sistema de ensino, tais como, as desigualdades sociais e a falta de planejamento na implementação das políticas públicas educacionais (Garnica, 2018, p. 148).

Considerando essas questões, as discussões dos casos realizadas com a equipe multiprofissional, formada por profissionais da enfermagem, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, psiquiatria e psicologia, e em reuniões com a escola me levaram a questionar a falta de contextualização das condições que compõem o conjunto de sintomas apresentados pelos alunos no espaço escolar, isto é, em que espaço esses sintomas se manifestaram, e em que contexto. Nada disso estava explícito nos encaminhamentos, assim como faltava a contextualização dos alunos enquanto sujeitos, ficando a cargo do serviço de saúde mental construir um contexto para os discursos produzidos pela escola sobre as crianças encaminhadas, problematizando e modulando as expectativas da escola e da família. Foucault (2014) aponta caminhos possíveis para desmontar o discurso sobre o sujeito considerado, muitas vezes, como “problema”. Uma forma de atuar enquanto profissional/pesquisador baseia-se na problematização dos discursos produzidos na escola e no serviço de saúde, tal como aponta o autor:

A função de um intelectual não é dizer aos outros o que eles devem fazer. [...] não é moldar a vontade política dos outros; é, através das análises que faz nos campos que são os seus, o de interrogar novamente as evidências e os postulados, sacudir os hábitos, as maneiras de fazer e de pensar, dissipar as familiaridades aceitas, retomar a avaliação das regras e das instituições e, a partir dessa nova problematização (na qual ele desempenha seu trabalho

específico de intelectual), participar da formação de uma vontade política (na qual ele tem seu papel de cidadão a desempenhar) (Foucault, 2014, p. 288).

Para Foucault (2001), problematização é o conjunto de práticas verbais ou não verbais que envolvem a avaliação de algo como verdadeiro ou falso, tornando-o um objeto de reflexão. Cabe aprofundarmo-nos um pouco mais nesse conceito, a fim de justificar seu uso na análise dos casos recebidos no CAPSij. Criado por Foucault a partir do termo “problema”, problematização diz respeito ao pensamento crítico, que para o autor é resultado da inquietação diante das certezas e da adoção de uma postura de distanciamento crítico em relação às evidências sociais. Nesse sentido, a forma mais significativa de problematização é a historicização, abordagem que implica “um método de questionamento do presente, baseado em uma análise crítica que reconhece que a experiência humana é moldada historicamente” (Chevallier, 2013 *apud* Gros, 2015, p. 296).

O trabalho de pensamento crítico apresentado por Foucault envolve a descrição do momento histórico em que um determinado assunto é considerado problemático. Isso significa que ele examina como diferentes formas de verdade (tais como códigos sociais, científicos, literários etc.) e de poder (como aparelhos legislativos, sistemas de interdição) se articulam em torno desse assunto, incorporando-o ao âmbito do pensamento e usando-o como parte de uma relação consigo mesmo. Essa relação é fundamental para a construção da própria experiência do indivíduo (Gros, 2015).

Nesse sentido, o que precisa ser revisto na relação saúde-escola é justamente o discurso que é construído por profissionais da educação e muitas vezes reafirmado por profissionais da saúde acerca da inadequação das crianças/adolescentes que frequentam esses serviços. Nessa perspectiva, faz-se necessário que os trabalhadores da saúde atuem como “agentes da consciência, ao mesmo tempo em que se constituem como objeto e instrumento do sistema de poder” (Almeida, 2014, p. 241), pensando e problematizando encaminhamentos e discursos. Como propõe Foucault (2021), não se trata apenas de traduzir ou expressar as questões, e sim de estabelecer as condições nas quais possíveis respostas possam surgir, identificando os elementos que formarão a base para as diferentes soluções propostas (Foucault, 2021).

A conduta adotada pelo serviço de saúde poderia contribuir com mais do que a investigação e confirmação de um diagnóstico, melhorando a avaliação da

posição em que essas crianças são situadas durante o processo de formulação de hipóteses diagnósticas, bem como as condições de vida para além da escola (Voltolini, 2016), impedindo, inclusive, um diagnóstico precoce, que em alguns casos tira das crianças/adolescentes o direito de aprender e conviver com os pares.

No centro da relação saúde-escola, estão as “inadequações” das crianças e adolescentes encaminhados para o CAPSij, como indicam os encaminhamentos sobretudo escolares. No processo de acompanhamento dessas crianças no CAPSij, ao longo do tempo, pude desenvolver um outro olhar para as situações de conflito supostamente causadas por elas na escola ou no âmbito familiar, e que curiosamente não ocorriam no CAPSij. Pude inferir, assim, que os comportamentos que emergem no ambiente escolar denunciam também as dificuldades, limitações e resistências dentro de uma lógica institucional⁴ que se reproduz nas relações sociais, e que vem contribuir para o surgimento de sintomas advindos do sofrimento gerado pelas e nas instituições, como aponta Voltolini (2016):

É fundamental distinguir os procedimentos de controle do comportamento que a sociedade por meio de suas instituições faz, bem como do sofrimento psíquico que isso gera, daquilo que podemos chamar propriamente de saúde mental. Ou seja, a saúde mental não é o produto da ação das instituições de saúde mental, concepção essa puramente tautológica, mas, antes, a experiência concreta de sofrimento vivida por um indivíduo. Tal experiência de sofrimento, sabemos, depende da capacidade de simbolização, função estabelecida ao longo do desenvolvimento infantil, na relação com os outros, sendo que os primeiros outros da relação são mais decisivos na instalação de um modelo por terem papel constitutivo (Voltolini, 2016, p. 86).

Assim, enquanto espaço que tenta lidar com os conflitos específicos dos indivíduos presentes e da sociedade em que estão inseridos, a escola também favorece a ocorrência de conflitos cujos sentidos e fatores desencadeadores são ligados às suas especificidades, que dizem respeito à complexidade de demandas infantis, condições institucionais, expectativas e concepções do educador (Galvão, 2004⁵ *apud* Vicentin; Gramkow, 2018). Logo, é razoável considerar que determinados comportamentos assumem a função de resistência aos processos de normatização

⁴ Para Lourau (1993, p. 11), “a instituição não é uma coisa observável, mas uma dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história, ou tempo. Enquanto instituição, a escola produz modos de subjetivação, e portanto, precisa ser analisada a partir desta perspectiva. O fato de a escola atribuir aos pequenos sujeitos a causa e o efeito de seus comportamentos e dificuldades escolares aponta para o desconhecimento de sua implicação”.

⁵ GALVÃO, Izabel. **Cenas do cotidiano escolar**: conflitos sim, violência não. Petrópolis: Vozes, 2004.

da infância, papel muitas vezes assumido pela escola. A normatividade da infância surge com a instituição moderna da condição infantil, pois, na medida em que se reconheciam os direitos das crianças, elas passaram a desempenhar papéis sociais institucionalmente prescritos, tais como o de filho e, em seguida, aluno. A criança que não exerce o “ofício de aluno” também não exerce o “ofício de criança”. Logo, “é esperado que a escola seja o lugar onde a criança exerça seu ‘ofício’ e comporte-se de acordo com a natureza de sua ‘identidade infantil’, tal como esta decorre da definição socialmente dada à infância, desta forma se estabelece a construção social da norma moderna da infância e do comportamento infantil” (De Cássia Marchi, 2010). Para Vicentin (2006):

Nenhuma criança se constitui sujeito fora do campo de significação adulta, nem pode se desenvolver sem ter assegurados laços sociais em torno de si. Mas, por sua singular posição de estar constituindo-se, guarda uma enorme potência plástica, polimórfica, de indecidibilidade e de abertura. A criança detém uma fragilidade constitucional subjetiva que está justamente a serviço da construção de mundos, de potência de ser. Inexiste algum caminho prévio e determinado que a criança devesse seguir a fim de se tornar um adulto. Criança é movimento singular que, afetado em seu percurso pelas múltiplas práticas modelares e inúmeros saberes técnicos, encontra seus próprios caminhos de resistência à normatização (Vicentin, 2006, p. 14).

Soma-se a isso a resistência aos inúmeros e infindáveis sofrimentos.

Portanto, não podemos desconsiderar que a produção das dificuldades escolares tem também a influência de determinantes emocionais, sociais, institucionais, políticos e pedagógicos, e nesse sentido só poderá ser enfrentada por mudanças institucionais nesses campos (Braga; Moraes, 2007). Dentre os diversos casos que chegaram ao CAPSij no período em que estive naquele serviço, vale citar o caso de Paulo⁶. À época com oito anos de idade, o menino estava em processo de mudança de residência e de escola devido à separação dos pais, e havia iniciado o processo de avaliação no CAPSij após ser encaminhado por uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Paulo apresentava um quadro importante de agitação, comprometimento na fala e na interação social, e, segundo os pais, essa mudança de comportamento teria sido repentina.

Recebemos a ligação de uma das gestoras da escola para onde Paulo seria transferido; ela estava muito preocupada com a chegada do aluno, pois havia recebido notícias de que era uma criança agitada, agressiva e que não permanecia na sala de

⁶ Nome fictício.

aula.

Nossa proposta enquanto serviço foi nos reunirmos para, em primeiro lugar, dirimir as ideias que a escola tinha a respeito do aluno e, depois, construirmos juntos um plano de ação para lidar com a criança, independentemente de seu diagnóstico, que até aquele momento ainda não estava fechado. Realizamos uma reunião no serviço e fomos algumas vezes até a escola para que nossas propostas fossem feitas com base na realidade da escola e da equipe escolar, o que fez toda diferença na chegada e na permanência da criança na nova escola. O episódio de Paulo exemplifica muito bem a ideia que eu vinha expondo anteriormente, pois, sem a prévia discussão para além de um encaminhamento, ao que parece, existiriam duas soluções possíveis para o caso: a escola se recusaria a receber a criança ou só a receberia se estivesse medicada. Ambas desconsideravam a criança enquanto sujeito de direitos e lhe atribuíam a (in)capacidade de permanecer no espaço escolar, por isso, foi necessária uma adaptação da escola a uma realidade até certo ponto desconhecida, visto que, embora gerencie alunos que apresentam queixas de comportamento, este caso, especificamente, mostrava-se desafiador, e havia o componente de um discurso preexistente sobre o aluno que chegaria.

Desse modo, esta dissertação buscou compreender como crianças/adolescentes vivenciaram a relação escola-saúde a partir de seus encaminhamentos, acompanhamentos (saúde) e consequentes diagnósticos. Essa escolha se deu com a presença essencial e fundamental das crianças/adolescentes que compartilharam e puderam falar sobre suas histórias, cotidianos e sofrimentos, e não sobre o que se fala delas, a fim de contrapor a alienação do discurso do outro (escola, família, saúde, entre outros), visto que é sobre esse discurso que se constrói sobre a criança que os profissionais de saúde se debruçam quando estão diante de um encaminhamento. Ao contrário do que se imagina, os discursos a respeito das crianças e adolescentes potencializam e interferem em seu comportamento, e não apenas o descrevem. A esse respeito, Voltolini (2016) afirma que:

Assim como a criança fecha a boca para a comida quando percebe que é da fome da mãe que se trata, a criança pode fechar sua boca para o discurso que a escola monta sobre ele. Como forma-se o jogo da mãe que quer que a criança coma, forma-se também o jogo que a escola quer que a criança aprenda e que se comporte (Voltolini, 2016, p. 93).

Logo, ao atender a demanda implícita em muitos encaminhamentos

escolares que anseiam pela adequação dos alunos às normas e padrões previamente definidos, o CAPSij também incorre no erro de restringir a clínica da saúde mental na infância e na adolescência ao atendimento psiquiátrico, não levando em conta sua amplitude e o papel de diversas disciplinas no cuidado de crianças e adolescentes com dificuldades emocionais e comportamentais (Santos, 2006, p. 316). Ademais, ao reafirmar que os problemas estão localizados nas crianças, como aponta pesquisa realizada por Cabral e Sawaya (2001), reforçamos tal compreensão e favorecemos o imaginário de que a medicalização⁷ é a única forma possível de resolução dos problemas apresentados pelos alunos.

Outro caso emblemático que pude testemunhar enquanto psicóloga do CAPSij foi o de José, uma criança de 5 anos, filho de uma mãe solo, e que ainda na Educação Infantil havia sido encaminhado para a UBS por conta de seu comportamento. As queixas da mãe corroboravam o discurso da escola a respeito de José: ela dizia que tinha dificuldade para lidar com seus comportamentos e queixava-se de apanhar da criança frequentemente. Para a escola e para a mãe, apenas um remédio resolveria esse problema, daí o encaminhamento para o CAPSij.

O caso demandou a atuação de diversos atores, como a Secretaria de Educação, a Secretaria de Saúde, o Conselho Tutelar, o CRAS, o CREAS – de certa forma, todos os serviços clamavam por um diagnóstico, a fim de justificar o comportamento disruptivo do menino. José também era acompanhado pela neurologista do Centro de Especialidades do município, que em determinado momento o diagnosticou com transtorno do espectro autista, no entanto, para a equipe do CAPSij, esse diagnóstico não se justificava, com base nas avaliações e atividades realizadas no serviço, análise da dinâmica familiar e visitas escolares.

Após uma reunião com a participação de todos os profissionais que atendiam José, o diagnóstico de autismo foi declinado pela própria profissional que havia dado, tendo em vista as condições sociais em que a criança se encontrava. José ia muito bem na escola, mostrava-se amoroso com os outros profissionais do CAPSij e, na ausência da mãe, ficava tranquilo. O diagnóstico, neste caso, parecia indicar uma necessidade da mãe, que justificaria para a sociedade os comportamentos que

⁷ A medicalização está intimamente relacionada com a definição de desvio social e com o controle social. Conforme a saúde passou a ter um papel mais presente na vida familiar e escolar, a medicina assumiu o papel de regularização dos desvios, passando a ser encarregada de comportamentos que anteriormente estavam sob a responsabilidade de outras instituições, como aprendizagem e criminalidade (Brzozowski; Caponi, 2013).

o filho apresentava sob determinadas circunstâncias; além disso, seria uma fonte de recurso financeiro, visto que, em alguns casos, as pessoas que estão dentro do espectro autista têm direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), assunto discutido frequentemente nos atendimentos com o assistente social do serviço.

Esse caso mostra a importância de considerar que a saúde mental está relacionada a determinantes que superam o aspecto individual do sofrimento e alcançam a realidade social associada. Essa análise influencia diretamente na construção do diagnóstico e no tratamento de crianças que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico (Brasil, 2014; Pizzinato; 2020). Segundo Fernandes *et al.* (2020), a saúde mental infantojuvenil:

[...] é dinâmica e resultado da relação complexa entre os recursos e habilidades pessoais, fatores contextuais e determinantes sociais, que, na dimensão do cotidiano, estão diretamente implicados nas possibilidades de participação, fruição, reconhecimento e enfrentamento de desafios. Dentre outras, envolve-se a possibilidade de experimentar prazer, frustração, afeto, motivação e proatividade implicados nas descobertas e aprendizados genuínos da infância e adolescência (Fernandes *et al.*, 2020, p. 6).

A partir da perspectiva que rege as políticas de saúde mental no Brasil, os serviços de saúde mental que atendem a essa população assumem uma função social que, além de tratar, inclui:

[...] acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições (Brasil, 2014, p. 27).

No sentido de encontrar caminhos que pudessem me conduzir a uma reflexão que contemplasse a relação do serviço de saúde mental com a escola enquanto rede de cuidados, algumas perguntas que se seguem surgiram como pistas para as análises feitas nesta dissertação: quando, por que e como a escola encaminha? Como a escola poderia lidar com as situações-limite quando os seus desdobramentos afetam o direito das outras crianças ou trabalhadores da unidade escolar? Quais são os impedimentos pessoais e institucionais para que isso ocorra? Como o serviço de saúde mental poderia contribuir com a escola no sentido de esta

produzir um espaço que garanta os direitos de permanecer e aprender a toda e qualquer criança? A escola quer que essa criança permaneça? O diagnóstico justificaria seu “fracasso” como instituição escolar? A escola ficaria com a criança caso ela tivesse um diagnóstico?

Diante do exposto, esta dissertação foi organizada da seguinte forma: o capítulo um apresenta aspectos históricos que permeiam a relação da escola com a saúde mental, o lugar da queixa escolar na relação entre escola e serviço de saúde e as políticas públicas de saúde vigentes no âmbito da educação. O capítulo dois traz uma perspectiva sobre o conceito de diagnóstico, aborda os três diagnósticos mais recorrentes na infância e na adolescência e como a psicanálise pode contribuir para uma visão mais abrangente e menos medicalizante. O capítulo três discorre sobre a metodologia utilizada na pesquisa. O capítulo quatro trata da análise e discussão dos resultados e, por último, apresenta as considerações finais.

1 EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL

1.1 Aspectos históricos

Nas décadas de 1930 e 1940, a educação brasileira sofreu uma importante intervenção do poder público, com o objetivo de formar o cidadão como trabalhador, garantindo que o acesso à cidadania ocorresse pela inserção das pessoas no trabalho. Não obstante, os anseios republicanos em voga pretendiam adequar a população brasileira à ordem e ao progresso liberal, e a educação foi fundamental para que tal propósito se efetivasse (Duarte, 2000; Mercadante, 2015). Na década de 1930, durante a Primeira República, o Brasil vivenciava uma transição, marcada por princípios liberais. No entanto, a expansão da educação pública era limitada, conforme aponta Patto (2022), com altas taxas de analfabetismo (cerca de 75%). As disparidades sociais e raciais, acentuadas pelo fim da escravidão e pela nova categoria social do trabalhador livre, eram evidentes na escola. A crença na igualdade de oportunidades, baseada nas habilidades naturais, mascarava as desigualdades de origem, que se manifestavam no desempenho escolar. A psicologia das diferenças individuais, combinada com os princípios da Escola Nova, promoveu o interesse em avaliar essas diferenças e estabelecer uma escola que levasse em conta tais disparidades; logo, a implantação da Escola Nova representou o liberalismo no setor da escolarização (Patto, 2022; Dos Santos; Prestes, 2006).

O movimento da Escola Nova emergiu como resposta à demanda pela formação de cidadãos segundo as necessidades da sociedade capitalista, buscando assegurar a instrução técnico-profissional e o controle da saúde mental. A fim de garantir a cientificidade do trabalho pedagógico, dentre as práticas aplicadas pelos escolanovistas encontrava-se examinar, identificar, catalogar e definir, de modo que pudessem se orientar segundo as características individuais dos alunos, possibilitando o agrupamento adequado à norma, distinguindo e segregando os normais dos super e subnormais, mas, principalmente, dos anormais, a fim de desenvolver a máxima potencialidade por meio de um esforço que seguisse o curso natural do desenvolvimento humano (Thompson, 1917⁸ *apud* Mercadante, 2015).

⁸ THOMPSON, Oscar. **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Secretário do Interior por Oscar Thompson**. Diretor-Geral da Instrução Pública. Anuário do ensino do Estado de S. Paulo. Publicação organizada pela Diretoria Geral da Instrução Pública, com autorização do governo do Estado. São Paulo: Augusto Siqueira & Co., 1917. p. 05-11.

Nesse sentido, as práticas médicas, que, segundo Patto (2022), já determinavam e separavam os denominados “anormais”, exerceram um papel crucial na formação tanto teórica quanto prática da psicologia educacional, direcionando-a para adotar uma identidade fundamentada no modelo médico. Embora os primeiros registros de publicações sobre testes psicológicos remontem aos anos 1920, foi a partir da década de 1930 que a psicologia começou a se estabelecer no país como uma disciplina voltada para o diagnóstico e tratamento de distúrbios mentais.

Emergem nesse contexto as expressões “criança problema⁹” e “problema de aprendizagem”, que podem ser encontradas na produção literária de médicos e psicanalistas brasileiros. Embora o pensamento psicanalítico da época questionasse a visão inatista do “não aprender” e avançasse na direção de uma interpretação social e subjetiva, as práticas psicanalíticas não estavam isentas das interferências do discurso contemporâneo, do caráter político e do viés ideológico do movimento higienista (Souza, 2005; Mercadante, 2015).

A psicanálise ganhou espaço no cenário nacional a partir das práticas médicas, cujo dever, naquele momento, era regular e organizar o funcionamento social na perspectiva sanitarista, com o intuito de garantir a segurança e prosperidade da nação. Ainda que de forma fragmentada, o pensamento psicanalítico fundamentou um projeto civilizatório em concordância com uma concepção de pedagogia moral e cívica, de modo que os higienistas pudessem prevenir diversos males, desde a infância, buscando soluções muito mais relacionadas às condutas morais e comportamentais dos indivíduos do que a eventuais dificuldades de aprendizagem (Mercadante, 2015; Torquato, 2015; Facchinetti *et al.*, 2022).

Segundo Garcia (2014), profissionais da medicina interessados em psicologia e psicanálise começaram a dedicar-se ao campo da higiene mental, que estava estreitamente relacionado com os estudos psicanalíticos. Precursores da

⁹ Patto (2022) indica a mudança de terminologia no discurso da psicologia, que anteriormente rotulava como “anormal” a criança com problemas de ajustamento ou de aprendizagem escolar e passou a denominá-la “criança problema”. Essa alteração foi motivada pelo reconhecimento de que o desenvolvimento da personalidade nos primeiros anos de vida é influenciado pelo ambiente, e que a dimensão afetivo-emocional também tem impacto na determinação do comportamento e de seus desvios. Isso abriu espaço para a utilização de instrumentos da psicologia clínica com inspiração psicanalítica. Ao investigar as causas dos desajustes infantis no ambiente sociofamiliar, expandiu-se o leque de possíveis problemas que supostamente explicam o fracasso escolar.

psicanálise no Brasil, Arthur Ramos¹⁰ e Durval Marcondes¹¹ possuíam formação médica em psiquiatria, contudo, para além do campo específico, se aventuraram em outras ciências, dentre elas a psicanálise. Durval teria se inspirado na psicologia do ego norte-americana, considerada uma espécie de psicanálise adaptativa, a qual respondia à visão de adaptação social proposta no Brasil por Arthur Ramos. Logo, associada à educação, a psicanálise promoveria a construção de uma nação democrática e desenvolvida, visto que a infância seria o principal alvo da ação da higiene mental (Facchinetti *et al.*, 2022; Garcia, 2014).

A psicanálise poderia ser o coadjuvante mais adequado para a orientação e socialização infantil em prol da modernização capitalista brasileira devido à sua capacidade de conduzir “forças inconscientes ao caminho do bem” e submeter o “inconsciente ao domínio da razão” (Patto, 2002 *apud* Facchinetti *et al.*, 2022, p. 155-156). Desse modo, a higiene mental funcionaria como uma forma de terapia, mas, teria como principal função:

[...] prever futuros casos de “desajustes” e “traumas” que seriam mais difíceis de reverter em idade adulta. O próprio termo ortofrenia tinha a conotação de “corrigir” ou “consertar o que estava torto”. Em última instância, a função maior do movimento higienista aplicado à saúde mental era prever e tratar dos sintomas ligados às perturbações mentais (Garcia, 2014, p. 958).

À medida que a discussão eugenista deixa o campo da biologia/genética e ocupa espaço na política, as práticas de extermínio são adotadas em todo o mundo, de diferentes formas e em determinados momentos históricos. Trata-se do nascimento da eugenia. O termo foi criado por Francis Galton (1822-1911) e designava um movimento que tinha como objetivo aplicar os princípios da teoria da seleção natural aos seres humanos, com o intuito de controlar e guiar a evolução humana, aprimorando a espécie por meio do cruzamento seletivo de indivíduos escolhidos para

¹⁰ Arthur Ramos (1903-1949) graduou-se na Faculdade de Medicina da Bahia e, entre 1934 e 1939, liderou a Seção de Ortofrenia e Higiene Mental do Instituto de Pesquisas Educacionais, onde se envolveu com o movimento escolanovista. A obra de Ramos também teve impacto significativo na psicologia e na educação, provocando mudanças importantes na compreensão dos temas investigados. Um exemplo disso é o reconhecimento da importância da dimensão afetiva e do papel do ambiente familiar no desenvolvimento infantil. Acredita-se que sua trajetória histórica tenha influenciado a maneira como a teoria psicanalítica é atualmente aplicada no contexto educacional.

¹¹ O médico paulista Durval Bellegarde Marcondes (1899-1981) concentrou seus esforços no estudo e na aplicação da psicanálise, particularmente no campo da educação. Após sua graduação na Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1924, ingressou no serviço público estadual como médico psiquiatra na Inspetoria de Higiene Escolar e Educação Sanitária da Secretaria de Educação de São Paulo. Em 1927, em colaboração com o médico Franco da Rocha, fundou a Sociedade Brasileira de Psicanálise.

esse propósito específico. A eugenia visava não apenas moldar os corpos físicos, mas também controlar a composição do corpo social, determinando o lugar de diferentes grupos na sociedade por meio de medidas disciplinares e de normalização. Isso começava com iniciativas de saneamento, higiene e educação e se estendia até a promoção da “purificação” racial (Del Cont, 2008; Patto, 2022; Marques, 1994¹² *apud* Rodrigues, 2023).

Destaco a importante observação de Barbosa (2011) a respeito do conceito de eugenia, ao indicar que no Brasil o tema possuía dois aspectos: um que assumia posições racistas e discriminatórias ao defender o branqueamento da população, e outro relacionado à higiene mental¹³, identificada pela preocupação com a saúde mental da população. Os domínios da saúde e da educação foram tomados pelo campo da denominada higiene mental, assim, foram desenvolvidas ferramentas psicopedagógicas específicas para avaliar o desempenho e as características dos alunos, com o objetivo de assegurar a eficácia do sistema educacional disponibilizado. Portanto, ao identificar desvios por meio de técnicas psicométricas, abria-se espaço para lidar com os problemas de aprendizagem e o desempenho escolar ineficiente, que se tornaram responsabilidade do aluno, ou daqueles considerados “desajustados”, seja do ponto de vista psicológico ou do social (Mercadante, 2015). A interferência dos discursos vigentes observada na relação da medicina com a psicanálise reverbera até os dias de hoje no modo como as teorias psicanalíticas são aplicadas ao contexto educacional. A convergência entre a abordagem médica dos distúrbios mentais e a perspectiva psicanalítica sobre eles deu origem, como observamos, ao movimento internacional de higiene mental no início do século XX.

Destaca-se que, com a consolidação da medicina, e sobretudo da psiquiatria como especialidade médica dedicada à saúde mental, o médico transformou-se em agente de saúde pública e assumiu a responsabilidade de cuidar do corpo social, compreendido não apenas como uma metáfora, mas como uma realidade biológica sujeita a intervenções médicas. A medicina, por sua vez, ampliou seu escopo, abrangendo tanto a saúde física quanto a mental, em resposta aos desafios sociais da época (Foucault, 2006).

Embora tenha se iniciado nos anos 1920, esse movimento ganhou maior

¹² MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça**: médicos, educadores e discurso eugênico. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1994.

¹³ O primeiro serviço de higiene mental surgiu nos EUA em 1907 (Garcia, 2014).

destaque social no Brasil a partir dos anos 1930. Nessa época, alguns médicos desempenharam papéis cruciais em instituições, moldando a abordagem ao insucesso escolar e seu tratamento nos anos seguintes, e houve uma progressão dos hospitais psiquiátricos para institutos, ligas e clínicas de saúde mental, e posteriormente para serviços de inspeção médico-escolar. Em seguida, esses médicos avançaram para as clínicas de orientação infantil mantidas pelo Estado e, por fim, para os departamentos de assistência escolar de secretarias de educação, onde assumiram papéis de coordenação em equipes multidisciplinares de apoio aos estudantes.

Enquanto os médicos higienistas, eugenistas, criminalistas e educadores brasileiros direcionavam seus esforços para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil, os alienistas do século XIX concentravam-se na etiologia e no tratamento das doenças mentais. Apesar dessas diferenças, ambos os grupos convergiam na ideia de que a infância era um período crucial para intervenções. No entanto, suas concepções sobre o que constituía uma infância saudável e as formas de intervir sobre ela eram radicalmente distintas. Para os primeiros, a infância era um período de construção de um cidadão saudável e adaptado, enquanto que, para os segundos, era um momento de vigilância e controle, visando a identificação e o tratamento de indivíduos considerados desviantes (Patto, 2022; Tamano, 2022; Foucault, 2006).

A chegada do movimento de higiene mental no Brasil em 1923 estruturou-se a partir da fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que se tornou o bojo da propaganda dos princípios científicos e ideológicos da eugenia e do higienismo mental nas décadas de 1920 e 1930. A LBHM foi fundada pelo psiquiatra Gustavo Riedel (1887-1934), com o objetivo de prevenir futuros desajustes mentais e, de modo mais amplo, proporcionar proteção e apoio na comunidade para pessoas que saíam de instituições psiquiátricas e para aqueles com deficiências mentais que poderiam ser internados; aprimorar gradualmente os métodos de cuidado e tratamento para os doentes mentais; e, por último, implementar um programa abrangente de saúde mental e eugenia em nível individual, educacional, profissional e social (Tamano, 2022).

Assim, a higiene mental passou a ocupar um espaço importante nos projetos nacionais, enquanto a discussão sobre o futuro do país ainda era profundamente influenciada pela questão racial, que era debatida com intensidade

desde o século XIX, refletindo as preocupações da classe intelectual com o grande contingente de mestiços no país (Tamano, 2022). As pessoas consideradas desajustadas eram destinadas aos serviços de higiene mental, que se inspiravam nas instituições europeias e nas experiências de Pinel¹⁴ e dos sanatórios mentais. Esses locais eram destinados a isolar pessoas com perturbações mentais, separando-as do convívio social.

De acordo com Tamano (2022), em 1925 a LBHM organizou um serviço ambulatorial que se utilizava de avaliações psicológicas em instituições educacionais públicas, juntamente com a consideração da criança, da infância e da família dentro de um plano de psiquiatria preventiva, uma prévia do que viria a ser o trabalho oferecido pela Clínica de Eufrenia, que envolvia tanto a terapêutica quanto a prevenção. A ação da psiquiatria abrangia a casa e a escola, visto que se baseava na noção de saúde mental tanto na medicina quanto na educação, bem como na ideia da criança mentalmente equilibrada. O trabalho na clínica era organizado em três fases, que correspondiam a três áreas técnicas: Serviço Social, Serviço Psicológico e Serviço Clínico.

A concepção de infância evoluiu historicamente, moldada pelos valores e necessidades de cada época. No contexto da República brasileira, a criança era exaltada como o futuro da nação, mas as políticas públicas eram desiguais e limitadas. O Estado, ao focar em crianças consideradas “deficientes”, reforçava as desigualdades sociais e negligenciava as necessidades da maioria das crianças. Esse enfoque institucionalizado, ao mesmo tempo que formalizou o cuidado infantil, resultou na penalização da infância proveniente de classes sociais mais baixas, culminando em um cenário marcado pela negligência, abandono e exclusão social (Brasil, 2005).

A partir do movimento pela redemocratização do país, iniciado no final da década de 1970, surgiram condições propícias para a modificação e superação de questões estruturais. Como resultado de um amplo debate em toda a sociedade

¹⁴ Philippe Pinel foi um médico francês que viveu entre os séculos XVIII e XIX. Ele é frequentemente considerado um dos pioneiros da psiquiatria moderna e é mais conhecido por suas contribuições para o tratamento humanitário de pessoas com doenças mentais. Pinel ficou famoso por suas reformas no tratamento de pacientes psiquiátricos no Hospício de Bicêtre e no Hospício de Salpêtrière, em Paris, onde defendeu o fim dos métodos brutais de confinamento e tratamento. Ele introduziu abordagens mais humanitárias, como a remoção de correntes e o tratamento dos pacientes como pessoas dignas de respeito e compaixão. Suas ideias influenciaram significativamente o desenvolvimento da psiquiatria e o tratamento de doenças mentais em todo o mundo.

brasileira, a promulgação da Constituição de 1988, que marcou o fortalecimento da democracia e dos direitos, teve o mérito de afirmar de forma inequívoca a condição de cidadania de crianças e adolescentes. Essa Constituição garantiu a eles “o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de protegê-los de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, conforme descrito no art. 227. Esse movimento de consolidação dos direitos de crianças e adolescentes culminou na promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n. 8.069, em 13 de julho de 1990 (Garcia, 2014).

No entanto, mesmo com legislações que protegem e garantem os direitos da população infantojuvenil, dependendo da perspectiva adotada por profissionais de saúde e educação em relação às ações e comportamentos de crianças e adolescentes, pode ocorrer uma retomada de uma lógica higienista. Profissionais que atuam com a infância frequentemente direcionam crianças aos serviços de saúde hoje existentes com a prerrogativa de prevenir algum transtorno, ou acabam responsabilizando a família por comportamentos inadequados, ignorando o contexto social no qual estamos inseridos e as exigências cada vez maiores impostas por esse modelo de sociedade. A preocupação que anteriormente estava voltada para a higiene mental, um termo que persistiu até os anos 1950, agora está centrada na saúde mental, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Garcia, 2014).

1.2 Políticas públicas de saúde (mental) na escola

O termo “saúde mental” vem sendo usado recorrentemente na sociedade em geral, contudo, de acordo com Alcântara *et al.* (2022), até o momento não há um consenso sobre seu real significado. O ideal de saúde está ancorado em princípios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), agência que foi criada em 1948, no período da Guerra Fria, com o desígnio de estabelecer uma comunidade colaborativa de nações, mas se afastou gradualmente desse propósito ao aceitar as novas realidades políticas internacionais; adotando uma abordagem pragmática com metas mais modestas, criou uma estrutura regionalizada e lançou diversos programas de combate a doenças, tornando-se dependente de recursos norte-americanos. À época, os soviéticos criticavam os Estados Unidos por não reconhecerem a

interdependência entre problemas sociais, econômicos e de saúde. Eles denunciavam as péssimas condições de trabalho e a exploração sob o capitalismo como causas de doenças e defendiam a nacionalização dos serviços médicos.

Como resultado dessas tensões, em 1949, os países soviéticos se retiraram da OMS, pois, segundo Fee *et al.* (2016), havia uma convicção por parte dessas nações de que o capitalismo e o comunismo possuíam visões opostas de saúde. De acordo com os autores, para os soviéticos, os Estados Unidos não reconheciam as conexões inseparáveis entre os problemas sociais, econômicos e de saúde. Enquanto os países da Europa Ocidental denunciavam as más condições de trabalho e a exploração sob o capitalismo como as raízes das doenças, os Estados Unidos tinham como objetivo promover o conceito de “assistência técnica”, propagando a ideia de que a assistência aos países em desenvolvimento era melhor prestada através da transferência de conhecimentos científicos e tecnológicos, evitando, assim, qualquer preocupação com os interesses econômicos e realidades sociais que conduziam ao subdesenvolvimento (Fee *et al.*, 2016).

Os princípios propostos pela OMS incorporam o que se tornou o ideal de um tempo histórico; além disso, por se tratar de um referencial universal, mais do que atravessar a forma de cuidado em saúde mental, essas diretrizes implicam uma prática enviesada política e socialmente. Essa concepção genérica do processo saúde-doença, sobretudo em saúde mental, em certa medida resultará no escamoteamento do modo como cada pessoa será afetada por essa díade (Travaglia, 2014).

Nesse sentido, Ignacio Martín-Baró (1942-1989), psicólogo social salvadorenho, traz contribuições importantes e uma alternativa ao uso do conceito de saúde mental proposto pela OMS: trata-se da abordagem da saúde psicossocial, que enfatiza a interseção entre fatores sociais, políticos e psicológicos na compreensão da saúde mental.

O autor considerava “muito pobre” uma concepção de saúde mental entendida, primeiro, como a ausência de distúrbios psicológicos e, depois, como o bom funcionamento do organismo humano, como se a saúde mental fosse uma característica individual atribuível em princípio àquelas pessoas que não apresentam alterações significativas no seu pensamento, sentimento ou ação nos processos de adaptação ao seu ambiente. Para Martín-Baró, ao contrário, a saúde mental é uma faceta das interações entre indivíduos e grupos, e não apenas um estado individual.

No entanto, essa faceta está enraizada de forma única no corpo de cada pessoa, levando a manifestações variadas (“sintomas”) e condições (“síndromes”) (Martín-Baró, 1993).

O conceito de saúde mental no qual Martín-Baró acredita muda a perspectiva de saúde ou de transtorno mental, pois afirmar que tanto um caso quanto o outro são definidos de fora para dentro, e não de dentro para fora, refere-se à materialização, numa pessoa ou grupo, do caráter humanizador ou alienante de uma rede de relações históricas. Assim, por exemplo, é possível que uma perturbação psicológica constitua uma forma anormal de reagir a uma situação normal; mas também pode acontecer que seja uma reação normal a uma situação anormal. Se considerarmos que a saúde ou a perturbação mental fazem parte das relações sociais e são consequência delas, os considerados “problemas de saúde mental” de um povo nos levam a examinar a natureza específica de suas relações mais comuns e significativas, tanto interpessoais quanto entre grupos. Essa perspectiva nos permite compreender melhor o impacto que eventos que afetam profundamente as relações humanas, como catástrofes naturais, crises socioeconômicas ou guerras, podem ter na saúde mental de uma população (Martín-Baró, 1993).

A abordagem de saúde psicossocial proposta por Martín-Baró vai ao encontro do que preconizam atualmente as políticas de saúde mental voltadas para população infantojuvenil brasileira, uma vez que, para ele, não é possível separar saúde mental de ordem social, devido à própria natureza do objeto da psicologia, e, portanto, a tarefa urgente da educação para a saúde mental é formar e socializar, de modo que as exigências conduzam as pessoas pelo caminho da humanização. Do mesmo modo, no Brasil, a partir de 2003, com o direcionamento do Ministério da Saúde, iniciou-se a elaboração colaborativa e interdisciplinar das diretrizes para uma rede de assistência comunitária, alinhada com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, reconhecendo que estamos imersos em uma sociedade dominada pelo pensamento neoliberal, na qual as relações são permeadas por tensões entre grupos sociais que buscam minimizar uns e destacar outros, uma abordagem para promover a humanização no espaço escolar passa pela atenção aos grupos considerados marginalizados e minoritários nesse ambiente, visto que a escola é uma instituição social que detém o poder de formar pessoas para a reprodução e perpetuação de papéis sociais ou para a transformação social. De acordo com Saviani (2014), a escola deve capacitar os indivíduos para serem cidadãos ativos e

autônomos, habilitando-os a tomar iniciativa.

Considerando a temática deste trabalho, isto é, buscar compreender como crianças/adolescentes vivenciam a relação escola-saúde a partir de seus encaminhamentos e consequentes diagnósticos, é fundamental explorarmos alguns conceitos que tangenciam a relação da educação com a saúde, pois ambas são políticas públicas fundamentais para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Isso será feito a partir de alguns questionamentos, quais sejam: as políticas públicas de saúde mental têm contribuído de forma benéfica para os alunos? Elas acolhem ou marginalizam os alunos? Os profissionais da educação são amparados por essas políticas? Qual a função do psicólogo que atua na educação de acordo com essas políticas públicas? Para refletir sobre tais questões, definiremos brevemente o que são políticas públicas; em seguida, será abordado o conceito de intersectorialidade, que possibilita a interseccionalidade entre saúde e educação; e, por último, serão explicitadas as políticas públicas de saúde mental vigentes a partir da criação de leis que garantam que escolares brasileiros sejam assistidos em sua integralidade.

Uma política pública corresponde a um conjunto de iniciativas coletivas direcionadas para a proteção dos direitos sociais, refletindo um compromisso público em atender a várias demandas em diversas esferas. Isso envolve questões relacionadas à liberdade e igualdade, assim como o direito ao atendimento de necessidades fundamentais, como emprego, educação, saúde, moradia, acesso à terra, preservação ambiental e transporte (Teixeira, 2002).

Para isso, a política pública visa mobilizar o governo para implementar e ajustar ações, formulando estratégias que transformem seus objetivos em programas e medidas concretas, com o intuito de gerar os resultados desejados na sociedade. O Estado e a sociedade civil são atores importantes no contexto do sistema capitalista e de suas interações com a sociedade, pois estão presentes no processo de acúmulo de capital e na interação de poderes que se desenvolve nas relações de produção, e, nesse sentido, também devem ser considerados (Faleiros, 2009¹⁵ *apud* Tourinho; Souza, 2021).

É a partir de uma realidade concreta e historicamente estabelecida que podemos compreender as iniciativas de políticas públicas. Nesse sentido, não se pode desconsiderar o ambiente em que elas são aplicadas e a diretriz que influencia a

¹⁵ FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista**. 8. ed. rev. São Paulo: Cortez, 2000.

prática operacional. Portanto,

Deve-se pensar a política pública em sua ação concreta, nas condições materiais dadas, o que exige do pesquisador, do agente social, dos profissionais que atuam em políticas públicas, não só uma compreensão empírico-tecnista de políticas sociais, mas, e sobretudo, uma compreensão política do seu lugar de fala, de seu lugar de atuação profissional, assumindo conscientemente um projeto ético-político de atuação (Tourinho; Souza, 2021, p. 85).

Além de atuar concretamente sobre a realidade social, as políticas públicas de Estado também incidem sobre os modos de subjetivação em uma sociedade, pois constituem eixos orientadores no processo educacional e, por esse motivo, “produzem como efeito sentidos de verdade ou falsidade, de correto ou errado, de justo ou injusto, de melhor ou pior – efeitos de sentido sobre práticas educacionais” (Machado; Pan, 2012, p. 276). Abreu, Cruz e Soares (2023) apontam que a elaboração de políticas públicas não é estática e descomprometida, ao contrário, é ordenada e intencionalmente implementada na ingerência dos embates sociais, ou seja, trata-se da materialização do projeto de um país, cujo campo de lutas caracteriza a centralidade das políticas públicas e é determinante para a construção de diferentes naturezas de sociedade, atendendo a diferentes visões de homem e de mundo.

Sobre políticas públicas voltadas à área da educação, Severino (2006) contribui para a discussão ao afirmar que a educação pressupõe uma prática marcada por uma intenção interventiva, que busca mudar situações individuais ou sociais previamente dadas, implica uma eficácia construtiva e realiza-se numa necessária historicidade e num contexto social. Tal prática é constituída de ações mediante as quais os agentes pretendem atingir determinados fins relacionados com eles próprios, marcadas por finalidades buscadas intencionalmente, visando provocar transformações nas pessoas e na sociedade. As ações da prática educativa dependem, portanto, de políticas públicas concernentes com seus objetivos e propósitos.

Considerando a pluralidade da qual advém uma política pública, esta já deve ser criada dentro daquilo que se entende por intersetorialidade, que consiste em uma estratégia para assegurar maior completude nas respostas necessárias à população de menor renda, que depende mais do alcance dos serviços públicos. A intersetorialidade é complementar, isto é, realiza-se a partir de uma combinação entre

política setorial¹⁶ e intersetorial (Sposati, 2014; Nascimento, 2010).

A concepção de intersetorialidade na implementação das políticas públicas assume um fator articulador entre políticas setoriais, podendo contribuir para a superação da fragmentação, uma vez que, na prática, a eficiência e a eficácia não são alcançadas no atendimento das crescentes demandas da população. Isso ocorre principalmente devido ao descompasso entre as necessidades da população e os recursos disponibilizados pelo governo (Tourinho; Souza, 2021). Um exemplo da necessidade de criação de novas políticas públicas intersetoriais está relacionado às transformações sociais enfrentadas por nossa sociedade nos últimos anos, que impactaram profundamente as relações existentes no interior das comunidades escolares, tais como o aumento dos casos de *bullying*, violência autoprovocada, abuso de álcool e drogas, além de fatores sociais como problemas familiares, na infância, de relacionamento e baixo nível socioeconômico (Brito *et al.*, 2021).

Essas transformações despertaram a necessidade de uma resposta às demandas de crianças e adolescentes brasileiros e de todos que fazem parte do contexto educacional, o que levou à inserção do profissional da psicologia na educação.

A entrada de psicólogas(os) na educação se deu após a formalização da atuação profissional em 1962, que previa, dentre diversas funções, a orientação psicopedagógica, abrindo a possibilidade de desenvolver e aplicar conhecimentos psicológicos à educação (Cruces, 2009). Nas primeiras décadas após sua regulamentação, a atuação de psicólogas(os) na escola pautava-se sobretudo na produção de diagnóstico e no tratamento de problemas de ajustamento, ação que se relacionava com a formação dos estudantes de psicologia, que privilegiava práticas dirigidas aos problemas de aprendizagem ou de comportamento apresentados pelos alunos. A problemática desse tipo de atuação está em promover uma vinculação da psicologia escolar com a área de saúde mental, que equaciona os problemas em

¹⁶ O aparato governamental em todos os níveis de governo é setorializado por áreas de conhecimento e especialização. As lógicas são particulares, de organização, operação, descentralização, financiamento, modo de gestão, monitoramento, avaliação, territorialização, abrangência dos serviços. Cada política social tem um ordenamento particular, e não há um reconhecimento comum entre os que operam. As lutas históricas, inclusive sociais, pelos direitos sociais também se deram em movimentos sociais específicos: pela creche, saúde, educação, todos reforçando necessidades, digamos, parciais. Houve um momento também em que as organizações, as formas, os movimentos de representação territorial foram sendo reduzidos no país, de tradição conservadora, por serem formas “abduzidas” de apoio a esse ou aquele político. Sem dúvida, a presença do serviço público em um local é a presença do Estado (Sposati, 2014, p. 11).

termos de saúde vs. doença, reafirmando a ideia de que a escola como instituição é adequada e cumpre com os objetivos ideais a que se propõe, enquanto aos alunos são atribuídos os problemas de ajustamento e adaptação (Cruces; Maluf, 2007; Andaló, 1984).

Para Tourinho e Souza (2021), um dos reflexos da intersectorialidade entre saúde e educação para a psicologia escolar diz respeito aos encaminhamentos de escolares que supostamente apresentam problemas comportamentais ou de aprendizagem, revelando que a intersectorialidade de fato acontece, mas ao revés, na sua contradição, na culpabilização, individualização e enquadramento dos alunos em uma classificação predeterminada de problema. As autoras fazem uma crítica importante a esse tipo de intersectorialidade ao mencionarem um processo padrão entre os setores da educação e saúde, que seria: “uma vez rotulado em um setor, transferindo-o como um protocolo, prontuário, ou número para outro atendimento, e assim por diante, até que, o mesmo seja devidamente classificado sob uma fictícia interdisciplinaridade e intersectorialidade de atendimento” (Tourinho; Souza, p. 88).

Esse tipo de funcionamento, além de desumano, também prejudica a prática profissional, uma vez que a abordagem técnico-científica não pode ser desvinculada de um compromisso ético-político. É essencial examinar o papel ideológico das políticas sociais e reconhecer, para além desse aspecto, a relação entre os conceitos adotados pelas políticas públicas, a pessoa afetada por essas políticas e o papel dos profissionais envolvidos. Caso contrário, a abordagem interdisciplinar na gestão de políticas públicas acabará se limitando a uma função puramente técnica, sem considerar o contexto e a dinâmica do sistema capitalista. Logo,

Ao considerar a atuação da Psicologia Escolar neste contexto, admite-se que notadamente a educação é a base e o liame para a compreensão da intersectorialidade entre saúde e educação. Justifica-se este fato, não só porque é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) – que, como política social, orienta a política pública de saúde e cujo princípio é a prevenção, e isso é pedagógico/educativo como projeto coletivo do respeito aos direitos sociais –, como também a educação é base na formação e atuação dos profissionais devendo priorizar a compreensão do ser humano integral (Tourinho; Souza, 2021, p. 89).

Portanto, a intersectorialidade que interessa à psicologia escolar é aquela que reivindica e promove justamente os direitos à saúde e à educação, que representa uma base ética sólida, e visa coordenar a interação entre diversas políticas públicas

em todos os programas, setores e instituições, com o objetivo genuíno de promover o desenvolvimento humano em sua totalidade, em que a atuação do psicólogo emerge como forma de enfrentamento das relações de poder, sobretudo, atuando em um cenário que exige uma abordagem crítica de intersectorialidade e de políticas públicas, orientada por uma postura ético-política do psicólogo escolar que seja transversal a sua atuação (Tourinho; Souza, 2021).

Esse modelo de atuação é uma premissa na atuação do psicólogo, visto que, dentre os princípios fundamentais expostos no Código de Ética Profissional das psicólogas e psicólogos, consta que:

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural (Conselho Federal de Psicologia, 2005).

Não cabe à(ao) psicóloga(o) “estabelecer uma relação de assimetria, verticalidade e poder dentro da instituição” (Andaló, 1984, p. 43), ao contrário, é fundamental posicionar-se de forma crítica diante das situações de iniquidades que se apresentam no bojo da instituição escolar, contribuindo como agente de mudanças dentro da instituição, estimulando reflexões e conscientizando os grupos que compõem a instituição de seus papéis. A potencialização da atuação da(o) psicóloga(o) escolar dependerá da delimitação e da definição de seu papel dentro da escola, o que requer uma formação que contemple um perfil crítico e comprometido com a transformação das condições sociais e de trabalho que permeiam o contexto escolar e educacional, articulando-se coletivamente e defendendo a utilidade das intervenções como suporte ao reconhecimento social da profissão. Para alcançar esse objetivo, é preciso trabalhar de modo que haja transformações nas concepções acerca do desenvolvimento humano, mudança de foco do fracasso escolar para uma cultura de sucesso escolar, na substituição do paradigma da doença para o da saúde psicológica e na construção de estratégias de intervenção que visem à promoção da saúde e do bem-estar dos sujeitos (Marinho-Araújo, 2007¹⁷ *apud* Cruces, 2009).

¹⁷ MARINHO-ARAÚJO, Claisy Maria. A psicologia escolar nas diretrizes curriculares: espaços criados, desafios instalados. In: CAMPOS, Herculano (org.). **Formação em psicologia escolar: realidades e perspectivas**. Campinas, SP: Alínea, 2007. p. 17-48.

1.2.1 Portaria n. 1.537, de 15 de junho de 2010 – Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído no segundo mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 5 de dezembro de 2007, pelo Decreto n. 6.286, e atualmente é regulamentado pela Portaria Interministerial n. 1.055, de 25 de abril de 2017, com a finalidade de construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O conceito de saúde no Brasil tem uma perspectiva ampliada, isto é, compreende a saúde segundo fatores socioeconômicos, culturais e do ambiente, além das oportunidades de acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O PSE visa fomentar a formação completa dos estudantes por meio de iniciativas de promoção, prevenção e cuidados com a saúde, visando enfrentar as vulnerabilidades que afetam o desenvolvimento pleno de crianças e jovens das escolas públicas. O PSE encara a escola como espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças, no entanto, no que diz respeito à saúde mental, o documento tem como premissa garantir que o espaço escolar não seja confundido com um espaço de saúde propriamente dito, ao afirmar que:

É preciso compreender que o espaço escolar não deve ser utilizado para consultas médicas, com o objetivo da medicalização ou de diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, mas apenas para detecção de sinais e sintomas de agravos em saúde, por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo (Brasil, 2011, 2015)

Os objetivos do PSE são claros e pressupõem a articulação entre escola e unidade de saúde, que é uma importante demanda do programa. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considera-se a atenção básica como estratégia essencial para a reorganização dos processos de educação em saúde. A atenção básica prevê investimento em ações coletivas e a reconstrução das práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial em um dado território.

Em 2015, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação lançaram o Caderno do Gestor do PSE, documento que traz informações atualizadas sobre o PSE e orientações em relação ao processo de gestão, incluindo seu monitoramento, avaliação e o fluxo de transferência de recursos financeiros. De acordo com o manual, o PSE foi reestruturado com o intuito de auxiliar sua implementação nos territórios (Brasil, 2015). A proposta de coordenação do programa

por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs) enfoca a gestão compartilhada, em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados de forma coletiva, visando atender às necessidades e demandas locais. As decisões são tomadas por meio de análises e avaliações construídas de maneira colaborativa entre diferentes setores. Desse modo, o trabalho no GTI pressupõe “a interação com troca de saberes, de poderes e de afetos entre profissionais da Saúde e da Educação, educandos, comunidade e demais redes sociais” (Brasil, 2011, p. 9).

Segundo o Caderno do Gestor do PSE, os GTIs devem ser formados, obrigatoriamente e no mínimo, por representantes das Secretarias de Saúde e Educação, e opcionalmente por outros parceiros locais que representam políticas e movimentos sociais, como jovens, cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros. No nível federal, as equipes dos Ministérios da Educação e da Saúde compõem o Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F), e foi estabelecida a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) (Brasil, 2015).

As ações do PSE, em todas as suas dimensões, devem estar integradas ao projeto político-pedagógico de cada escola, levando em consideração o respeito à competência político-executiva dos estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do país e à autonomia dos educadores e equipes pedagógicas. Destaca-se a importância do apoio dos gestores das áreas de educação e saúde, tanto estaduais quanto municipais, para garantir a adesão ao processo e melhorar a qualidade da educação e saúde dos estudantes, conforme os compromissos estabelecidos em ambos os setores. Na escola, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes, professores e funcionários deve partir do conhecimento prévio e das capacidades de cada um. É necessário desenvolver em cada indivíduo a habilidade de interpretar o cotidiano e agir de maneira a adotar atitudes e comportamentos que promovam a qualidade de vida (Brasil, 2011).

Portanto, profissionais da saúde e da educação, de acordo com a lei, devem buscar constantemente a incorporação dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos estudantes, professores e funcionários das escolas. Uma das principais funções do PSE é a identificação precoce de sinais de sofrimento emocional e transtornos mentais em crianças e adolescentes. Ao promover ações de escuta ativa e observar o comportamento dos estudantes, os profissionais envolvidos no programa podem detectar precocemente situações de risco e oferecer o suporte necessário,

evitando que problemas mais graves se desenvolvam.

O PSE é um programa flexível que se adapta às necessidades específicas de cada escola e comunidade. Essa característica permite que as ações sejam mais relevantes e eficazes, atendendo às particularidades de cada contexto. A participação ativa da comunidade escolar é fundamental para que as ações do PSE sejam eficazes. Ao envolver estudantes, famílias e profissionais da educação, as políticas de saúde e educação garantem que as necessidades e expectativas de todos sejam consideradas, promovendo o desenvolvimento pleno dos indivíduos (Brasil, 2011).

O PSE articula-se com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹⁸ (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), formando uma rede de cuidado integral para a comunidade escolar. Essa integração permite oferecer um atendimento mais abrangente e qualificado aos estudantes, promovendo a saúde mental e o bem-estar social. A articulação entre as redes promove a complementaridade de ações e o compartilhamento de informações, e garante o encaminhamento de estudantes para os serviços da RAPS ou do SUAS quando necessário, através de referências e contrarreferência, assegurando que os estudantes tenham acesso aos cuidados especializados de que precisam, além da formação de equipes interdisciplinares, permitindo uma abordagem mais completa e humanizada das necessidades dos estudantes. Além disso, está em conformidade, em termos tanto técnicos quanto contextuais, com a Lei n. 13.935, de 2019, a qual aborda a prestação de serviços de psicologia e serviço social nas redes públicas de educação básica, e com a mais recente Lei n. 14.819, datada de 16 de janeiro de 2024, que estabelece a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares.

1.2.2 Lei n. 13.935/2019 – Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica

Em 2021, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou um manual com orientações para a regulamentação da Lei n. 13.935/2019, elaborado pelas seguintes entidades: CFESS e os 27 Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS);

¹⁸ A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de atender pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

e Sistema Conselhos de Psicologia, composto pelo CFP em colaboração com a Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE), a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) e a Federação Nacional de Psicólogos (FENAPSI) (CFP, 2021).

Os esforços de diversos profissionais representados por essas entidades culminaram na promulgação, no dia 11 de dezembro de 2019, sob a gestão do presidente Jair Bolsonaro, da Lei n. 13.935/2019, que dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica.

A Lei n. 13.935/2019 estabelece que as redes públicas de educação básica devem disponibilizar serviços de psicologia e serviço social, administrados por equipes multiprofissionais, para atender às necessidades educacionais definidas pelas políticas educacionais. De acordo com a legislação, as equipes multiprofissionais devem realizar ações para melhorar a qualidade do ensino, envolvendo a comunidade escolar e mediando relações sociais e institucionais, sempre considerando o projeto político-pedagógico das redes e escolas públicas. Nesse sentido, compete à atuação dos psicólogos considerar os contextos sociais, escolares, educacionais e o projeto político-pedagógico das unidades educacionais atendidas, em articulação com as áreas da saúde, assistência social, direitos humanos e justiça.

De acordo com a referida lei, os profissionais da psicologia deverão desempenhar diversas atribuições, dentre as quais destacamos: apoiar a elaboração de projetos pedagógicos com base em conhecimentos de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem; participar na formulação e avaliação de políticas públicas educacionais; contribuir para a inclusão de todas as crianças e adolescentes nos processos de aprendizagem; auxiliar na integração escola-comunidade-família; colaborar no combate à violência e preconceito na escola; propor ações intersetoriais para atendimento integral no município e fortalecimento da rede de proteção social; promover a escolarização de alunos com necessidades especiais; fomentar relações colaborativas entre equipe multiprofissional, escola e comunidade; propor melhorias nas condições de ensino, incluindo estrutura física e prática docente, e avaliar contextos sócio-históricos na transmissão de conhecimento (CFP, 2021, p. 35).

Dias e Pinto (2020), em artigo publicado durante o período de reabertura das escolas ainda durante a pandemia, já apontavam para a necessidade da criação de políticas públicas voltadas especificamente para a educação, com vistas ao

aumento das desigualdades e ao possível retrocesso no progresso obtido por alguns países na expansão do acesso educacional e na melhoria da aprendizagem.

Contudo, é importante ressaltar o fato de que, embora a presença de psicólogos e assistentes sociais nas escolas seja positiva, é preciso ter cuidado para que essa medida não seja utilizada como justificativa para diagnosticar e medicar excessivamente os estudantes. Como afirmam Viégas et al.¹⁹ (2023):

A presença de psicólogos e assistentes sociais na educação básica não garantirá, por si só, o equacionamento dos problemas que só podem ser resolvidos coletivamente pela participação ativa da comunidade escolar, em diálogo com diversos atores das escolas, pautando-se na horizontalidade das relações e com instâncias intersetoriais (Viégas et al., 2023, p. 263).

Ou seja, para garantir um atendimento integral aos estudantes, é crucial que a escola esteja inserida em uma rede intersetorial. É preciso analisar de forma crítica o papel da escola e dos profissionais da educação, como psicólogos e assistentes sociais, de modo que seja possível compreender as relações de poder e os limites de cada atuação, visando fortalecer a colaboração e garantir um atendimento mais ético e contrário às práticas medicalizantes da educação.

Outro ponto importante a respeito da aplicabilidade dessa lei se refere às condições de trabalho e formas de contratação. Dados os diversos desafios enfrentados pelo projeto de sociedade e educação em vigor, “o trabalho de quem quer que seja, no ambiente escolar, é atravessado por limites objetivos e subjetivos” (Viégas et al., 2023, p. 263), cuja superação demanda um esforço coletivo para transpor obstáculos complexos e interesses contraditórios. Em suma, os profissionais que atuam no espaço escolar necessitam de autonomia e formação crítica e permanente, de modo que não venham a ser cooptados para legitimar e implementar uma política neoliberal e medicalizante.

¹⁹ O Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade foi criado a partir do I Seminário Internacional “A educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, que reuniu, em São Paulo, no ano de 2010, cerca de mil profissionais da saúde e educação, estudantes e representantes de diversas entidades. O evento teve como objetivo central discutir e denunciar a crescente medicalização da educação, com foco em diagnósticos como dislexia e TDAH. Trata-se de um movimento permanente que visa unir diferentes grupos e pessoas com o objetivo comum de combater a medicalização, atuando de forma ativa para reduzir e eliminar a medicalização da educação e da sociedade, além de conscientizar a população sobre os perigos da medicalização e incentivar a crítica a essa prática (Conselho Regional de Psicologia 6ª Região – São Paulo, 2010).

1.2.3 Lei n. 14.819/2024 – Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares

A Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares, instituída pela Lei n. 14.819/2024 e sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, representa um marco importante para a promoção da saúde mental no ambiente escolar. Originada do Projeto de Lei n. 3.383/2021, de autoria da senadora Tábata Amaral, a lei busca garantir o acesso a serviços de saúde mental para todos os membros da comunidade escolar, promovendo ações integradas entre os setores da educação, assistência social e saúde.

São objetivos da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares, conforme o art. 2º:

- I – promover a saúde mental da comunidade escolar;
- II – garantir aos integrantes da comunidade escolar o acesso à atenção psicossocial;
- III – promover a intersetorialidade entre os serviços educacionais, de saúde e de assistência social para a garantia da atenção psicossocial;
- IV – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância de cuidados psicossociais na comunidade escolar;
- V – promover a formação continuada de gestores e de profissionais das áreas de educação, de saúde e de assistência social no tema da saúde mental;
- VI – promover atendimento, ações e palestras direcionadas à eliminação da violência; e
- VII – divulgar informações cientificamente verificadas e esclarecer informações incorretas relativas à saúde mental (Brasil, 2024).

Acerca da implementação da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares, podemos afirmar que se trata de um processo complexo, que envolve a participação de toda a comunidade escolar, assim como da comunidade na qual a escola está inserida, e exigirá uma abordagem multidisciplinar e intersetorialidade das ações; ampla integração da comunidade escolar com as equipes de atenção primária à saúde e de serviços de proteção social do território onde a escola está inserida; a garantia de oferta de serviços de atenção psicossocial para a comunidade escolar. Dentre outras ações, explicita-se a articulação com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Atenção Básica, essencial para garantir a coerência e eficácia das iniciativas de saúde mental nas escolas.

A execução da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares se dará em articulação com o PSE, o modelo de assistência

em saúde mental, o Sistema Único de Assistência Social e a rede de atenção psicossocial, e sua governança ficará a cargo dos Grupos de Trabalho Intersetorial do PSE, que serão responsáveis pelo desenvolvimento das ações nos territórios, com a participação obrigatória de representantes da área da saúde e da comunidade escolar (Brasil, 2024).

A responsabilidade pelo fomento e pela promoção de ações para a execução dos objetivos e das diretrizes dessa lei são da União, que também deverá priorizar territórios vulneráveis e com mais dificuldade para alcançar os objetivos da lei. Por fim, entendemos que a atuação dos profissionais da psicologia nas instituições escolares tem função importante na organização e fortalecimento da Política Nacional de Atenção Psicossocial, assim como a participação no PSE, e exigirão uma prática ético-política que esteja em sintonia com as demandas e características do nosso contexto social contemporâneo.

Nos próximos capítulos, veremos que há uma divergência entre o que preconiza a lei e a prática dos serviços de saúde e a instituição escolar, que será apontada no capítulo de análise.

2 O TAL DO DIAGNÓSTICO

2.1 Diagnósticos para quê, PARA QUEM?

A busca das “causas” das relações entre o corpo e a doença, por meio da observação, descrição e classificação, constitui o objeto fundamental de conhecimento da medicina moderna, tomando o ideal de normalidade como referência (Yasui, 2010; Alcântara *et al.*, 2022). Embora doenças e modos de adoecer estejam pautados pela patologia e pelos processos sociais de normalização, Almeida Filho *et al.* (1999) afirmam que não é possível considerar um padrão unificado de normalidade para a saúde, visto que os signos, significados e práticas mostram grande variação, e, portanto, o conceito de saúde deve ser entendido de maneira ampla.

De acordo com Canguilhem (2009) em *O normal e o patológico*, a fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa, portanto, “é preciso ter sempre em mente a transformação da personalidade do doente” e “compreender que o fenômeno patológico revela uma estrutura individual modificada”, de modo que se permita à pessoa encontrar possibilidades, isto é, “instituir normas novas em situações novas”. Para o autor, a saúde se caracteriza pela possibilidade de tolerar infrações à norma habitual, o que sugere lidar com mudanças que fogem à regra, enquanto a doença diz respeito a uma reação adversa diante de modificações vivenciadas pelo organismo. Portanto, a definição de doença exige, como ponto de partida, a noção de ser individual.

Na contramão dessa visão, encontra-se a medicina, que se dedica ao estudo das doenças e das técnicas de cura, mas também amplia seu escopo ao incluir o homem saudável em sua análise. Isso implica observar o homem que não está doente e definir um modelo ideal de ser humano. Assumindo a autoridade normativa sobre a vida e as relações, tanto individuais quanto sociais, se até o século XVIII o principal interesse da medicina era a saúde, no século XIX passou a ser *priorizar a normalidade*. Com essa mudança, a medicina se torna capaz de englobar toda a vida humana, tanto na doença quanto na saúde, bem como todas as suas relações com outros seres humanos e com a natureza. Esse processo é conhecido como medicalização, e destaca-se como um processo que não é realizado exclusivamente pela medicina, mas por todas as ciências da saúde e outros campos que utilizam o método clínico sem o perceber, desempenhando um papel crucial na manutenção do

status quo na sociedade (Moysés; Collares, 2007).

O conceito de medicalização da vida no campo político do saber e poder está diretamente relacionado aos sentidos que adquire na obra de Foucault. Para ele, há um poder que se apropria das peculiaridades da relação dos corpos dos indivíduos com os seus processos vitais, o qual denominou “biopoder”, “um poder cuja tecnologia une dois elementos indispensáveis para o controle da vida: os desempenhos do corpo e os processos vitais” (Zorzanelli; Cruz, 2018, p. 725). Em suas análises, Foucault se debruça sobre as complexas relações de poder que permeiam a gestão da vida, desenvolvendo os conceitos de (auto)governo e governamentalidade. Ao contextualizar essas noções na relação com a razão de Estado e o neoliberalismo europeu e estadunidense, o filósofo demonstra como o neoliberalismo instaura um modo de vida particular, que exerce um controle sobre os sujeitos e a produção de suas subjetividades. Se, antes, a subjetivação se dava por meio da adequação do indivíduo a normas preestabelecidas, agora, passa a exigir que o sujeito participe ativamente nesse processo, tornando-se corresponsável por sua própria conduta. Desse modo, as instituições disciplinares e a biopolítica formam uma parceria eficaz na gestão da vida, encontrando na medicalização um campo de ação (Zorzanelli; Cruz, 2018, p. 725; Lopes; Cord, 2024).

A medicalização, caracterizada pela intervenção médica na vida dos indivíduos, permite o exercício de controle tanto sobre a população quanto sobre o indivíduo. Tal fenômeno representa o controle da medicina, ou o predomínio do discurso médico sobre os corpos e as mentes das pessoas, nos diversos âmbitos da vida, exercendo, dessa forma, autoridade sobre pessoas que ainda não estão doentes, sobre pessoas para quem não se pode racionalmente esperar a cura, e sobre pessoas com problemas para os quais os tratamentos prescritos por médicos teriam pouco resultado²⁰.

Um campo constantemente visado pelo processo de medicalização é o da infância e adolescência. O papel atribuído à infância e às crianças no imaginário social é crucial para compreendermos as vicissitudes que enfrentam atualmente. A elas são oferecidos os ideais de cada época, que orientam como a infância é discursivamente moldada e quais cuidados e demandas são direcionados a elas em cada período histórico. De acordo com Guarido (2021), a modernidade forjou um sentimento em

²⁰ “Carta sobre a medicalização da vida” (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

torno da infância que engendrou uma especificidade aos tempos atuais, resultando daí “a noção de preparo das crianças para a vida adulta, de cuidados específicos, de prevenção” (Guarido, 2021, p. 304) e, como efeito de um intervencionismo moralizador das instituições que delas se ocupam, em particular famílias e escola, intervenções que visam um futuro a produzir.

Em se tratando de crianças e adolescentes, a medicalização tende a se dar a partir da articulação com a medicalização da educação na invenção das doenças do não aprender e do comportamento. Portanto, a medicina vem afirmar que os graves problemas do sistema educacional seriam decorrentes de doenças que a própria ciência médica poderia resolver. A partir dos anos 1980, ocorre a progressiva ocupação desse espaço pelas pretensas disfunções neurológicas, de modo que atualmente quase a totalidade dos discursos medicalizantes refere-se a *dislexia*, *transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)*, *transtorno do espectro autista (TEA)*, *transtorno de oposição desafiante (TOD)*.

Enquanto mais uma instituição que atua junto às crianças, o CAPSij padece do mesmo risco que a escola e a família quando seus profissionais assumem o papel de “vigilantes da ordem”, como apontam Moysés e Collares (2007). Segundo as autoras, a patologização emerge como um mecanismo central na erosão de direitos, configurando uma forma de violência que aprisiona indivíduos em uma rede de estigmas. Ao desconsiderar as raízes sociais e estruturais das dificuldades que acometem as pessoas, a medicalização atribui a causas individuais e imutáveis modos de ser, sentir e agir. Essa prática, ao encobrir as desigualdades subjacentes a uma sociedade que se apresenta como igualitária, mas que na prática é marcada por profundas disparidades, constitui uma nova modalidade de controle e punição.

Apontam ainda para o fato de muitos profissionais da saúde, desprovidos de uma formação crítica e histórica, atuarem como agentes dessa vigilância social, sem se dar conta do papel que desempenham. A crença na neutralidade e objetividade da ciência os impede de lidar com a complexidade da experiência humana, levando-os a buscar refúgio em instrumentos padronizados de avaliação. Ao diagnosticar e emitir laudos sem levar em conta as consequências para a vida do paciente, esses profissionais reproduzem um modelo médico que desconsidera as relações de poder e as determinações sociais que moldam a saúde e a doença.

Zarifian (1989) afirma que estabelecer um diagnóstico em medicina, no quadro de uma atividade médica, não é difícil, pois existem sinais funcionais, físicos e

biológicos que permitem classificar um doente em uma categoria única. A doença é uma diferença em relação a um estado que se define como sendo a saúde. Entretanto, para a psiquiatria, é muito mais difícil seguir o mesmo procedimento, pois via de regra não há sinal objetivo algum que se inscreva em um distúrbio de comportamento em relação a uma norma. Portanto, “não existe norma em si, mas somente um consenso do grupo cultural sobre o comportamento nominal, e o que é comportamento desviado. A norma varia com o meio e com a cultura” (Zarifian, 1989, p. 45).

Para emitir um diagnóstico, seu contexto e finalidades devem ser definidos, pois situações bem diferentes podem ser encontradas. No trabalho institucional e coletivo, o diagnóstico permite comunicar acerca de um doente. Faz-se, pois, uma aproximação descritiva de sintomas que obstruem a atividade do doente, e o diagnóstico é uma convenção aceita pelo grupo, permitindo a comunicação no seu interior. Portanto, a estruturação do grupo é em grande parte responsável pelo diagnóstico, não sendo incomuns casos em que o doente é transferido de instituição e seu diagnóstico é modificado. O objetivo habitual do tratamento seria, então, fazer desaparecer os sintomas, contudo, para a psicanálise os sintomas são modalidades de sofrimento inerentes à experiência humana (Zarifian, 1989; Guarido, 2021).

Na década de 1980, foi publicado o DSM-III, considerado o marco na mudança das orientações de práticas em psiquiatria, pois sua publicação contribuiu para a derrocada da escuta dos sintomas e da manutenção da complexidade humana nas práticas em torno da chamada saúde mental (Guarido, 2021). Em psicanálise, por outro lado, o diagnóstico tenta localizar o tipo de alienação e sofrimento que se estabelece entre o sujeito e seus sintomas (Dunker, 2011²¹ *apud* Mariotto, 2021), e a única maneira possível é através da escuta. A escuta é a principal ferramenta disponível para o analista, e é essencial em qualquer avaliação subjetiva. Isso ocorre porque a estrutura do sujeito se revela através do discurso, e não do conteúdo dito. Por esse motivo, na prática psicanalítica, o diagnóstico é sempre considerado algo que está por vir, o que remete à ideia de “em confirmação”, presente no significado da palavra “diagnóstico” (Mariotto, 2021, p. 297).

2.1.1 A realidade do CAPSij de Hortolândia

²¹ DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011.

No período em que esta pesquisa foi realizada, o CAPSij de Hortolândia era composto por uma equipe formada por duas psicólogas, duas psiquiatras, uma fonoaudióloga, um assistente social, doisicineiros, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, equipe de limpeza e administrativa. Dentre as ações desenvolvidas com os usuários do serviço estavam: atendimentos individuais e em grupo, oficinas, passeios, consultas médicas, orientação social, festas. Os técnicos também realizavam reuniões de equipe semanais, matriciamentos com a rede, visitas escolares e domiciliares.

Os diagnósticos que serão apresentados a seguir foram priorizados com base em levantamento realizado no CAPSij de Hortolândia, no ano em que a pesquisa se iniciou. Além dos diagnósticos, foram levantadas algumas informações sociodemográficas, tais como gênero, raça e faixa etária. Entre o final de 2019 e meados de 2020, o CAPSij de Hortolândia atendia 388 crianças e adolescentes com idade entre 1 (um) e 21 (vinte e um anos), sendo 264 meninos e 124 meninas. No quesito raça/cor, 36% eram brancos, 27% pretos e pardos, e 37% não declarados²². Dentre os diagnósticos de maior prevalência estavam: transtorno do espectro autista (CID-10 F84); outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência (CID-10 F98); e transtornos hiperativos/TDAH (CID-10 F90).

2.2 Transtorno do espectro autista (TEA)

Um dos transtornos mais estudados no campo da neuropsiquiatria em todo o mundo é o autismo, descrito como um transtorno do neurodesenvolvimento, cujo diagnóstico tem se tornado cada vez mais comum. Leo Kanner, psiquiatra austríaco, foi o primeiro a identificar e descrever um conjunto de comportamentos incomuns que, inicialmente, foram designados de “autismo infantil precoce”, caracterizado por um profundo distanciamento autista, um desejo obsessivo de manter a rotina, uma

²² Verificamos que a porcentagem de “não declarados” ultrapassa a porcentagem de autodeclarados brancos e negros, o que pode ser justificado pela falta de informação que é gerada pela resistência dos profissionais de saúde em relação à coleta e à utilização do quesito cor ou raça/etnia. Para superar essa dificuldade, faz-se necessário reconhecer a existência do racismo, compreender como ele se manifesta e ter o compromisso de abordá-lo. Perguntar a cor ou raça/etnia dos(as) usuários(as) de saúde é uma forma de conhecer melhor o perfil das crianças e adolescentes que são atendidos, além de consolidar indicadores que reflitam os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais para prevenir doenças (Dias; Giovanetti; Santos, 2009).

expressão inteligente e pensativa, uma boa capacidade de memorização, mutismo ou linguagem não funcional (sem intenção de comunicação), sensibilidade excessiva aos estímulos e uma relação peculiar com os objetos (Kanner, 1943²³ *apud* Castela, 2013).

Tal descrição não se distancia muito das atuais, no entanto, a etiologia do autismo ainda é algo complexo, visto que existem várias teorias que tentam explicar as suas causas. Leo Kanner, além de ser o primeiro a descrever o autismo enquanto um quadro diagnóstico diferenciado, foi também o primeiro a apresentar a hipótese da influência familiar no aparecimento do fenômeno, que ficou conhecido como “mãe-geladeira”²⁴ (Lopes, 2013).

Castela (2013) aponta que, entre as hipóteses que são consideradas mais pertinentes nas tentativas de explicação ao autismo, estão as teorias psicogênicas, as teorias biológicas e as teorias psicológicas. A autora explica que as teorias psicogênicas foram as primeiras a surgir e defendiam que os comportamentos apresentados pelas crianças autistas seriam provocados por características da mãe, como frieza emocional, ou pela rigidez e perfeccionismo dos pais. Essa abordagem foi defendida por Kanner (1943), que relacionou as dificuldades das crianças autistas com fatores ambientais, e não com fatores genéticos.

As teorias biológicas apontam para a ideia de que o autismo pode ter uma origem biológica como base e defendem que está associado a uma variedade de distúrbios biológicos, como a paralisia cerebral, a rubéola ou a epilepsia, que afetam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e a capacidade de relacionamento com os outros; estudos neurológicos têm permitido avanços significativos na localização e identificação da área do cérebro que pode estar afetada nas crianças autistas (Castela, 2013).

As teorias psicológicas focaram nas características cognitivas, em detrimento dos sintomas afetivos e comportamentais, culminando na realização de estudos que explicassem a tríade de incapacidades na comunicação, socialização e imaginação (Castela, 2013).

²³ KANNER, Leo. Trastornos autistas del contacto afectivo. **Revista Española de Discapacidad Intelectual Siglo Cero**, v. 36, 1943.

²⁴ O termo “mãe-geladeira” surgiu em 1949, tendo como inspiração um artigo de Leo Kanner em que o autor deu maior ênfase às relações familiares de seus pacientes – relações por ele compreendidas como pouco afetuosas – para explicar o surgimento do fenômeno. Ao se referir às crianças, Kanner disse que estas eram mantidas em uma “geladeira que não degela” (Lima, 2014, p. 111). Kanner levantou a hipótese de uma relação entre autismo e “culpa materna”, mas coube a Bruno Bettelheim intensificar e propagar tal discussão (Donovan; Zucker, 2017).

De acordo com Schmidt (2012), as nomenclaturas utilizadas para caracterizar o diagnóstico de uma criança com autismo para a finalidade de pesquisa são diferentes daquelas utilizadas para fins da clínica, embora não sejam excludentes. Enquanto a pesquisa tem o interesse de evidenciar a homogeneidade dos casos, categorizando o diagnóstico, a clínica visa associar as diferenças entre os subgrupos em uma perspectiva dimensional.

A categoria do transtorno global do desenvolvimento caracteriza-se por um comprometimento importante em três áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação e presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipados. Nessa classificação ainda estão incluídas cinco subcategorias diagnósticas: transtorno autista, transtorno de Rett, transtorno desintegrativo da infância, transtorno de Asperger e transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação (TID-SOE), sendo o autismo o transtorno prototípico desta categoria.

No século XIX, o autismo era uma condição rara, no entanto, atualmente tem representado uma questão de saúde pública, devido aos altos índices de diagnóstico na primeira infância. Foi apenas no início dos anos 1980, com a publicação da 3ª edição do DSM-III (APA, 1980), que o autismo evoluiu para ser considerado uma condição autônoma e com características bem definidas. Isso se deu a partir dos avanços significativos que ocorreram nas últimas décadas, no campo da epidemiologia, em aspectos clínicos e nos tratamentos para o autismo.

Em sua 5ª edição, lançada no ano de 2013, o DSM-V passou a definir o autismo como transtorno do espectro autista (TEA). Os avanços tecnológicos têm revelado a complexidade do TEA, evidenciando a existência de diversos subtipos com características únicas, no entanto, a padronização dos critérios clínicos pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) representa um desafio, uma vez que sinais e sintomas podem ser interpretados de forma errônea, a depender do ambiente e da cultura da pessoa investigada.

Atualmente, o autismo caracteriza-se por um espectro vasto e níveis de comprometimento diversos, e é validado por documentos como a Classificação Internacional de Doenças (CID), organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (do inglês, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), da Associação Americana de Psiquiatria (do inglês, American Psychiatric Association – APA).

De acordo com o DSM-V²⁵:

O transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Considerando que os sintomas mudam com o desenvolvimento, podendo ser mascarados por mecanismos compensatórios, os critérios diagnósticos podem ser preenchidos com base em informações retrospectivas, embora a apresentação atual deva causar prejuízo significativo (APA, 2013, p. 31).

Segundo Fernandes *et al.* (2020), os critérios que amparam o diagnóstico do autismo passaram por diversas mudanças ao longo do tempo e foram descritos, sobretudo a partir da década de 1980, nos manuais de categorização nosológica, a saber: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)²⁶. De acordo com os autores, o DSM-V e o CID-11 compreendem o autismo dentro de um único espectro, variando em níveis de gravidade conforme a funcionalidade (DSM-V), ou em níveis de deficiência intelectual e linguagem funcional (CID-11), mas ambos nomeiam o autismo como transtorno do espectro autista (TEA). Acerca dos níveis relacionados à gravidade do caso, o DSM-V aponta a seguinte classificação:

a) Nível I – na ausência de apoio, há prejuízo social notável, dificuldades para iniciar interações, por vezes parecem apresentar um interesse reduzido por estas, há tentativas malsucedidas no contato social, além da dificuldade de organização, planejamento e certa inflexibilidade de comportamentos; b) Nível II – exige apoio substancial havendo prejuízos sociais aparentes, limitações para iniciar e manter interações, inflexibilidade de comportamento e dificuldade para lidar com mudanças; c) Nível III – exige muito apoio substancial, havendo déficits graves nas habilidades de comunicação social, inflexibilidade de comportamento e extrema dificuldade com mudanças (APA, 2014, p. 52).

²⁵ "In the upcoming text revision of the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), the diagnosis of autism spectrum disorder is revised from the DSM-5 diagnosis. In addition to text changes throughout the disorder's description, which reflect updated literature and advances in knowledge, the most noticeable change is to the diagnostic criteria, specifically criterion A. Rationale for Change Criterion A phrase 'as manifested by the following' was revised to read 'as manifested by all of the following' to improve the intent and clarity of the wording. The revision by the work group was consistent with the intent of the DSM-5 work group for autism spectrum disorder to maintain a high diagnostic threshold by requiring 'all of the following' and not 'any of the following' as could be mistakenly inferred from the previous wording of the criterion" (APA, 2023)

²⁶ Os manuais diagnósticos vigentes no século XXI são: DSM-IV-TR e DSM-V, regulados pela APA; e CID-10 e CID-11, coordenados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Fernandes; Tomazelli; Grianelli, 2020).

As mudanças no modo de compreender e diagnosticar quadros de autismo são acompanhadas por novas formas de cuidado, considerando inclusive as necessidades de cada indivíduo. Tendo em vista os diferentes níveis de gravidade que o transtorno do espectro autista pode abranger, faz-se necessário destacar os caminhos possíveis na construção desse cuidado, mas, sobretudo, diferenciar os modos de considerar os eventos clínicos que influenciarão a forma de tratamento (Calazans; Martins, 2007).

Em artigo intitulado “Transtorno, sintoma, e direção do tratamento para o autismo”, publicado em 2007, Calazans e Martins traçam a diferença entre sintoma e transtorno para demonstrar as distintas direções de tratamento, neste caso, da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e da psicanálise. Os autores apontam que a noção de transtorno é o que liga o campo das terapias cognitivo-comportamentais e que, etimologicamente, o transtorno representa uma situação imprevista e desfavorável que causa incômodo para alguém, estando associado também à ideia de modificar a ordem enquanto provocar desordem. Em francês, tem uma conotação de perturbação política. As acepções de transtorno, quando tomadas por práticas que se julgam objetivas e que pretendem exercer autoridade sobre as condutas, pressupõem três aspectos:

1. O transtorno é uma perturbação da ordem a ser seguida;
2. Se há uma ordem a ser seguida, há a necessidade de adaptar-se a essa ordem;
3. O transtornado é alguém que sofre de um déficit de competências em relação aos outros sujeitos que se adaptaram a essa ordem [...] quem é mais afetado pela desordem, o paciente ou o terapeuta? A pergunta não é meramente retórica, mas importante para a sequência de nosso artigo: afinal, não poderíamos dizer que a prática de determinar objetivamente os transtornos visaria justamente a não perturbar o próprio terapeuta, convertido em guardião da ordem? (Calazans; Martins, 2007, p. 143).

Considero pertinente a crítica e indagação – “quem é mais afetado pela desordem, o paciente ou o terapeuta?” – introduzida pelos autores, visto que atualmente as terapias de base comportamental, isto é, aquelas que priorizam a redução de comportamentos não adaptativos e a substituição por novos comportamentos socialmente mais aceitáveis, são as mais utilizadas e prescritas por profissionais da saúde, com grande aceitação por familiares e profissionais da

educação. A análise do comportamento aplicada, ou ABA²⁷ (sigla em inglês para *Applied Behavior Analysis*), é a mais indicada, devido ao fato de esse tipo de intervenção ter demonstrado reduzir os sintomas do espectro do autismo e promover uma variedade de habilidades sociais, de comunicação e comportamentos adaptativos (Camargo; Rispoli, 2013).

Em 2015, o Ministério da Saúde lançou uma Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde²⁸ (RAPS), cuja perspectiva é reafirmar os princípios ético-técnico-políticos para a organização dos pontos de atenção da RAPS e subsidiar a definição de estratégias para a ação, garantindo

A necessária articulação à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e sua contextualização quanto às políticas públicas de educação, assistência social e direitos humanos, em cujo âmbito esta questão dialoga com perspectivas e estratégias significativas de apoio e de participação social, em diferentes frentes, reafirmando a necessidade de práticas plurais, intra e intersetoriais, para responder à complexidade da efetiva garantia de direitos e de participação social das pessoas com TEA e suas famílias, o que constitui um compromisso fundamental das políticas públicas (Brasil, 2015, p. 8).

Esse importante documento traz diretrizes e orientações com a perspectiva de que, para garantir os direitos das pessoas com seus familiares, é essencial o desenvolvimento do trabalho em rede intersetorial, assim como a interação com os sistemas de garantia de direitos. O documento indica algumas formas de tecnologia de cuidado, destacando que “não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de pessoas com transtornos do espectro do autismo”, por isso, “recomenda-se que a escolha entre as diversas abordagens existentes considere sua efetividade e segurança e seja tomada de acordo com a singularidade de cada caso” (Brasil, 2015, p. 80).

Dentre as tecnologias de cuidado apresentadas estão: o *tratamento de*

²⁷ A análise do comportamento aplicada pode ser definida como um sistema teórico para a explicação e modificação do comportamento humano baseado em evidência empírica. Entretanto, uma completa definição da ABA requer o entendimento deste campo do conhecimento como uma abordagem científica, tecnológica e profissional. Como uma abordagem científica, a ABA é definida como um método para avaliar, explicar e modificar comportamentos, baseado nos princípios do condicionamento operante introduzidos por B. F. Skinner (Camargo; Rispoli, 2013).

²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

*base psicanalítica, o ABA, a comunicação suplementar e alternativa, a integração sensorial e o tratamento e educação para crianças com transtornos do espectro do autismo (TEACCH)*²⁹, *o acompanhamento terapêutico, aparelhos de alta tecnologia e o tratamento medicamentoso*. Ainda assim, utilizando-se de legislações e normativas, tanto no setor público – Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012³⁰ – quanto no privado – Resolução Normativa ANS n. 539, de 23 de junho de 2022 –, muitas famílias têm recorrido à justiça buscando a garantia de um tratamento que seja essencialmente comportamental, mesmo não havendo tal especificidade nos documentos que norteiam o cuidado. Isso pode ocorrer devido ao interesse mercadológico ou desconhecimento de outros tratamentos.

Embora o discurso que privilegia a ideia de transtorno e o cuidado a partir de terapias comportamentais sejam hegemônicos nos diversos contextos em que se encontra a pessoa autista, como a clínica, a escola, a família e os serviços de saúde e reabilitação, há outras possibilidades de compreender as singularidades desses sujeitos que apresentam como características inabilidade para interagir socialmente, dificuldade no domínio da linguagem e comportamentos restritivos e repetitivos.

2.3 Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

Em uma análise conceitual e histórica, embora o termo TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) tenha sido incorporado à cultura popular e, conseqüentemente, se tornado um diagnóstico comum entre crianças e adolescentes nos últimos anos, pouco se discute acerca do surgimento do conceito nos anais da psicologia e psiquiatria.

A “criança TDAH” surgiu na literatura médica na primeira metade do século XX e, desde então, passou por diversas classificações. Em 1902, o pediatra George Frederic Still tornou-se o primeiro profissional a descrever como condição médica diversas condutas infantis que, até então, eram consideradas “maus

²⁹ O TEACCH, ou Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com déficits relacionados à Comunicação, é um programa que envolve as esferas de atendimento educacional e clínico, em uma prática com abordagem psicoeducativa, tornando-o por definição, um programa transdisciplinar (Kwee; Sampaio; Atherino, 2009).

³⁰ Dispõe sobre o rol de procedimentos e eventos em saúde no âmbito da saúde suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtorno do espectro autista e outros transtornos globais do desenvolvimento.

comportamentos”. A partir de suas pesquisas, Still tinha como hipótese que os comportamentos inadequados apresentados por algumas crianças seriam um “defeito no controle moral” herdado geneticamente de seus pais (Lima, 2005).

Entre os anos de 1917 e 1918, o mundo passou pelo surto de uma doença conhecida como encefalite letárgica, que à época afetou mais de um milhão de pessoas. Considerada uma patologia misteriosa que desafiou o conhecimento neurológico da época, da mesma forma que o legitimou, a encefalite letárgica contribuiu para fortalecer a hipótese de uma causa biológica para explicar os distúrbios de conduta infantis. As crianças atingidas mostravam como sequela problemas de hiperatividade, impulsividade e comportamento perturbado, constituindo a chamada desordem pós-encefálica do comportamento. Essas situações contribuíram para o estabelecimento de uma nova categoria conhecida como lesão cerebral mínima (LCM), descrita por Alfred Strauss e Laura Lehtinen em 1947 (Kroker, 2004 *apud* Caliman, 2010; Lima, 2005; Barbarini, 2015).

Lima (2005), ao citar Cypel (2000)³¹ e McCracken (2000), demonstra que, a partir de então, crianças que apresentavam comportamentos semelhantes aos das vítimas da encefalite, mas que não haviam sido atingidas por essa doença, passaram a ser consideradas portadoras de um dano na estrutura cerebral, ainda que o pressuposto não fosse obedecido. Entretanto, devido à dificuldade de generalização das hipóteses envolvendo o cérebro e à persistência da impossibilidade, na grande maioria dos casos, de identificar uma lesão no cérebro a justificar os distúrbios no comportamento, propôs-se a denominação disfunção cerebral mínima (DCM).

Entre os anos 1960 e 1970, a disfunção cerebral mínima tornou-se o diagnóstico mais frequente em clínicas de orientação infantil, correspondendo à maior parte dos problemas da infância, e adotado amplamente por clínicos e pesquisadores. Em 1966, o U.S. Department of Health, Education and Welfare definiu que a disfunção cerebral mínima referia-se a:

[...] crianças com inteligência geral próxima da média, média ou superior à média, com distúrbios de aprendizagem e/ou de comportamento, que variam de grau leve a severo, associados a desvios de funcionamento do sistema nervoso central. Esses desvios manifestam-se por variadas combinações de déficits na percepção, conceituação, linguagem, memória e controle da atenção, dos impulsos ou da função motora. Essas anomalias podem ser decorrentes de variações genéticas, irregularidades bioquímicas, sofrimento

³¹ CYPEL, Saul. **A criança com déficit de atenção e hiperatividade**: atualização para pais, professores e profissionais da saúde. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

perinatal, moléstias ou traumas sofridos durante os anos críticos para o desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central ou de causas desconhecidas (Clements; Peter, 1962³², p. 230 *apud* Werner, 1997).

Tal definição assume ainda que, diante de privações severas precoces, o sistema nervoso central poderia sofrer alterações permanentes. Também apontava a inabilidade de aprendizagem durante os anos escolares como a manifestação mais importante do que era a disfunção cerebral mínima. Assim, o diagnóstico reforçou a intervenção do neurologista clínico e estimulou a concepção medicalizada que tomava as dificuldades na aprendizagem escolar, na atenção ou na linguagem como resultantes de alterações neurológicas, inaugurando a terapêutica medicamentosa orientada para comportamentos hiperativos e impulsivos (Lima, 2005).

Do ponto de vista neurológico, a DCM garantiu um diagnóstico visto como mais confiável ao explicar comportamentos infantis “considerados” não convencionais e inapropriados, além de fornecer um método específico de tratamento. Importante destacar que, pelo fato de essa categoria descrever a condição de um mau funcionamento fisiológico, além do uso da palavra “mínimo”, essa adversidade mostrava-se passível de ser tratada por meio de estimulantes, visto que era entendida como resultado de um dano neurológico (Rafalovich, 2002).

Contudo, por conta da imprecisão diagnóstica e por englobar situações clínicas diversas, outras noções passaram a ocupar o lugar da DCM. No ano de 1968, surgiu a categoria “reação³³ hipercinética da infância” – designando crianças que apresentavam atividade motora acima do que seria esperado para sua faixa etária –, o que levou ao abandono dos termos “dano cerebral” e “disfunção”. A expressão foi incluída na 2ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), e proporcionou uma nova interpretação dos sintomas da infância.

O DSM-II foi o primeiro manual a discutir os problemas de desatenção além dos sintomas de hiperatividade, devido ao fato de que, a partir dos anos 1970, as

³² CLEMENTS, S. D.; PETERS, J. E. Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Archives of General Psychiatry*, v. 6, n. 3, Mar. 1962. DOI: 10.1001/archpsyc.1962.01710210001001.

³³ Conforme Lima (2005), a presença da expressão “reação” indicava a influência que noções psicanalíticas exerciam na compreensão do transtorno e em toda a DSM-II. Apesar de vários expoentes e pesquisadores demonstrarem sua crença numa causalidade biológica, a ascendência da psicanálise na psiquiatria americana desse período permitia conciliar o reconhecimento da existência da síndrome com a postulação de fatores ambientais e psicológicos envolvidos em sua origem, entendendo que a inquietude da criança poderia ser causada por eventos de sua vida familiar e social.

pesquisas passaram a direcionar-se às dificuldades de atenção e de controle dos impulsos, buscando “redefinir a desordem da hiperatividade de uma forma consistente e empiricamente válida” (Caliman *et al.*, 2006, p. 83).

Barkley (1997), citado por Lima (2005), aponta que o grupo de pesquisadores liderados por Virgínia Douglas³⁴ identificou quatro déficits envolvidos na síndrome: na manutenção da atenção e esforço; na inibição do comportamento impulsivo; na modulação dos níveis de alerta; e no adiamento de recompensas, acarretando uma inclinação para buscar reforço imediato. Esses achados foram fundamentais na renomeação do conceito, descrito no DSM-III (APA, 1980) como distúrbio de déficit de atenção (DDA)³⁵.

De acordo com Werner (1997), o DSM-III apresenta uma abordagem multiaxial de avaliação ao buscar assinalar diferentes dimensões que afetam o psiquismo (perturbações físicas, estressores psicossociais ou de funcionamento adaptativo), podendo, ainda, coexistir com outros diagnósticos. O autor também aponta que esse manual busca separar os diagnósticos de déficit de atenção dos diagnósticos referentes à aprendizagem, na medida em que cria uma sessão intitulada “distúrbios evidenciados pela primeira vez na infância”.

Em 1987, a versão revisada do DSM-III, isto é, o DSM III-R³⁶, propôs uma nova terminologia, a saber, a de transtorno hipercinético por déficit de atenção (ou distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção), incluído nos “distúrbios evidenciados pela primeira vez na infância e na adolescência”, mais especificamente no grupo dos transtornos de comportamento disruptivo.

Em 1995, a APA publica o DSM-IV, o qual apresenta a denominação déficit de atenção/hiperatividade, ainda inserida na classificação mais abrangente de

³⁴ Na história do TDAH, o médico inglês George Still, no início do século, e Virgínia Douglas, no final da década de 1970, defenderam um ponto de vista semelhante. Still, Douglas e Barkley teriam em comum ao menos um aspecto que, para Berkeley, é o ponto central da análise teórica e histórica do TDAH: em suas análises, o que determina o transtorno da atenção e da hiperatividade é o vínculo entre um defeito neurofisiológico do sistema inibitório, o déficit da moral e da vontade (Caliman, 2010, p. 51).

³⁵ A ênfase na atenção ajudou a distinguir este transtorno de outros nos quais também se podia encontrar condutas hiperativas, como o autismo ou os transtornos de ansiedade. O mais relevante, entretanto, é que tal mudança fundamentou a ampliação da abrangência do diagnóstico, pois permitiu a inclusão de crianças sem nenhuma hiperatividade, aparentemente “tranquilas”, mas com dificuldades em manter o foco de vigilância em tarefas escolares. Da mesma forma, também facilitou que os adultos passassem a figurar entre os portadores do transtorno (Diller, L. **Running on Ritalin**: A physician reflects on children, society, and performance in a pill. Canada: Bantam Books, 1998 *apud* Lima, 2005).

³⁶ A versão revisada do DSM III, denominada DSM III-R, foi publicada em 1987 sob a direção de Spitzer, e apresentou 292 categorias. Essa versão recebeu diversas críticas por utilizar uma metodologia empobrecida para chegar aos critérios operacionais (Martinhago; Caponi, 2019)

transtornos usualmente evidenciados pela primeira vez na infância ou adolescência, assim como os *transtornos de aprendizagem* no DSM-IV-TR (APA, 2002).

De acordo com o DSM-V (2014), são características do TDAH um padrão persistente de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade, presentes na vida da criança ou adulto, que podem atingir níveis prejudiciais para o convívio pessoal ou social do indivíduo, como descrito abaixo:

A desatenção manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A hiperatividade refere-se a atividade motora excessiva (como uma criança que corre por tudo) quando não apropriado ou remexer, batucar ou conversar em excesso. Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude extrema ou esgotamento dos outros com sua atividade. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa (p. ex., atravessar uma rua sem olhar). A impulsividade pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação (DSM-V, 2014, p. 61).

Cabe destacar que a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde, manteve a ênfase na hiperatividade. O TDAH está inserido no capítulo “Distúrbios do neurodesenvolvimento” da Classificação. De acordo com o DSM-V-TR, os transtornos do neurodesenvolvimento “são caracterizados por déficits de desenvolvimento ou diferenças nos processos cerebrais que produzem prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou ocupacional” (APA, 2022, p. 36).

Como descrito até o momento, no decorrer dos anos, uma grande variedade de sintomas foi utilizada para designar comportamentos atribuídos ao conceito de TDAH tal qual conhecemos hoje. Do mesmo modo, esses sintomas, assim como tantos outros, de acordo com o período histórico e o discurso vigente, contribuíram para o surgimento de diversos diagnósticos que precederam a nomenclatura em uso atualmente, conforme destacou Rafalovich (2002): encefalite letárgica; disfunção cerebral mínima; paralisia cerebral mínima; retardo leve; hipercinesia; desenvolvimento atípico do ego; distúrbio de déficit de atenção; e, por fim, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

O quadro 1 mostra a evolução da nomenclatura e a ênfase conferida aos sintomas do TDAH de acordo com o período correspondente.

Quadro 1 – Evolução da nomenclatura

Documentos/Ano	Nomenclatura	Sintomas
DSM (1952)	Transtornos de personalidade situacionais transitórios	A Associação Americana de Psiquiatria não incluía o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em suas categorias reconhecidas.
DSM-II (1970)	Reação hipercinética	• Inquietação; • Desatenção; • Baixa manutenção do esforço; • Impulsividade; • Busca por recompensa imediata.
DSM-III (1974/1980)	Distúrbio de déficit de atenção (DDA)	Desatenção, impulsividade e hiperatividade inadequadas ao desenvolvimento.
DSM-III-R (1987)	Transtorno hipercinético por déficit de atenção (ou distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção)	• Sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade.
DSM-IV (1994/1995) (Classe de Transtorno: Distúrbios geralmente diagnosticados na infância e adolescência)	Déficit de atenção/hiperatividade	• Predominantemente desatento. • Predominantemente hiperativo-impulsivo.
DSM-IV-TR (2000/2002)	Déficit de atenção/hiperatividade	• Desatenção, prejuízos posteriores nas funções executivas. • Dimensão hiperatividade/impulsividade, transtornos de comportamento disruptivo e prejuízos sociais significativos.
DSM-V (2013) (Classe de Transtorno: Transtorno do Neurodesenvolvimento)	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade	• Padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou desenvolvimento, caracterizado por um e/ou outro. • Sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade presentes antes dos 12 anos de idade.
DSM-V-TR (2022) (Classe de Transtorno: Transtorno do Neurodesenvolvimento)	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade	• Comprometimento dos níveis de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. • Sintomas excessivos para a idade ou nível de desenvolvimento.

Fonte: elaborado pela autora.

Na contemporaneidade, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade tem ocupado lugar de destaque entre os problemas de saúde mental que acometem crianças e adolescentes, sendo verificado sobretudo no contexto escolar, e

frequentemente associado aos transtornos de aprendizagem. Embora impreciso e abrangente, esse diagnóstico foi amplamente disseminado no campo médico e entre os leigos e passou a designar crianças com conduta hiperativa, desatenta, antissocial ou com problemas de aprendizagem. Nesse sentido, o TDAH é um dos transtornos mentais que mais demandam um atendimento multidisciplinar (Kean, 2012; Caliman, 2010; Lima, 2005).

A partir do entendimento do TDAH como um transtorno do neurodesenvolvimento, as crianças que se enquadram nesse transtorno poderão apresentar limitações específicas na aprendizagem, nas funções executivas, na inteligência, na linguagem e nas habilidades sociais. O transtorno se manifesta no período inicial do desenvolvimento da criança, mais especificamente antes dos 12 anos, sendo caracterizado por déficits que acarretarão prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional, e que poderão perpetuar-se por toda a vida do indivíduo caso este não receba acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

Frequentemente, durante a infância esse transtorno se sobrepõe a transtornos considerados de externalização, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno de conduta³⁷, que costumam persistir na vida adulta, prejudicando o funcionamento social, acadêmico e profissional. A publicação da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA, 2016) aponta que a prevalência do déficit de atenção e hiperatividade mantém-se presente em uma parcela de 3% a 5% das crianças em idade escolar, o que, em grande parte dos casos, nos leva ao fato de esse diagnóstico também estar frequentemente associado a desempenho escolar e sucesso acadêmico reduzidos.

Para Dorneles *et al.* (2014), no contexto escolar³⁸, crianças com TDAH tendem a apresentar dificuldade para lidar com tarefas que exijam esforço prolongado ou concentração, sendo frequentemente interpretadas por profissionais da educação ou colegas de classe como preguiçosas ou irresponsáveis. Tal comportamento por

³⁷ O transtorno de oposição desafiante e o transtorno de conduta são categorizados como transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta; estão descritos no DSM-V (2014), e serão abordados neste texto mais adiante.

³⁸ De acordo com Dorneles *et al.* (2014, p. 759), o desempenho escolar pode estar comprometido nas crianças com déficits de atenção significativos, que podem estar associados ou não à hiperatividade, uma vez que a atenção seletiva a informações relevantes é condição necessária para que ocorra aprendizagem, especialmente a escolar. Isso também indica que os estudantes com TDAH correm de duas a três vezes mais risco de fracassar na escola do que crianças sem TDAH e com inteligência equivalente. Há evidências de que sintomas de desatenção são preditores de comprometimento em vários domínios da vida escolar.

vezes também prejudica as relações com os pares, pois há tendência de criação de relações conturbadas devido à rejeição pelo comportamento que difere do considerado padrão dentro do ambiente social, e a conflitos ou provocações em relação ao indivíduo com TDAH.

O diagnóstico de TDAH pressupõe que os problemas que a criança está enfrentando são de ordem biológica, e não resultado de uma educação inadequada ou de outros fatores. No entanto, problemas de disfunção familiar, estilo parental ou uma série de outras pressões poderiam acarretar a manifestação de sintomas, mas muitas vezes não são abordados claramente no processo de diagnóstico (Kean, 2012). A história oficial do diagnóstico do TDAH, conforme indica Caliman (2010), é constituída por diferentes diagnósticos psiquiátricos problemáticos e duvidosos, situados no limiar das desordens nervosas definidas e indefinidas, entre as disfunções da *vida normal* e da *patológica*. Na década de 1970, autores norte-americanos como Schrag e Divosky (1975) mostraram-se contrários ao discurso médico contemporâneo, após observações sobre o aumento do número de crianças identificadas como hipercinéticas nos Estados Unidos. A partir dessa observação, constataram que a construção histórica do TDAH encontra-se no controle e na medicalização infantil. Assim, os autores se opuseram à ideologia que definia de forma intrínseca a questão da “normalidade” em termos de conformidade.

Na década de 1990, o TDAH foi entendido como um defeito inibitório, no mesmo contexto no qual a falha da inibição era vista como o problema que estaria na base e no início do desenvolvimento de quase todo quadro psicopatológico (Caliman, 2010). Do mesmo modo, Moysés e Collares (2011) apontam que a ideia de normalidade estatística definida por frequência coincide com a norma social estabelecida, e é transformada em critério de saúde e de doença. Essa forma de lidar com as diferenças fomenta o processo de patologização dos indivíduos que se apresentam inaptos a satisfazer as expectativas morais, políticas e econômicas da sociedade na qual vivem.

Caliman (2010) atribui aos diversos diagnósticos associados à história do TDAH o início do discurso médico sobre a saúde mental de pessoas que não eram nem drasticamente mal desenvolvidas nem mentalmente deficientes. Barbarini (2015) fortalece essa ideia ao destacar que, ao longo da construção da história do TDAH, percebe-se:

[...] um encadeamento de fatos em que cada vez mais os comportamentos e manifestações emocionais e corporais infantis “descontrolados” vão sendo considerados expressões de defeitos do indivíduo: defeito moral, distúrbio orgânico, lesão cerebral e, por fim, mau funcionamento cerebral. Trata-se de acontecimentos verificados em contextos históricos, políticos, econômicos e sociais específicos, mas que na história “oficial” do TDAH, são vinculados uns aos outros simplesmente pela similaridade das manifestações comportamentais infantis “anormais” aos sintomas do atual TDAH (Barbarini, 2015, p. 26).

É importante reafirmar que o comportamento humano não é biologicamente determinado, mas criado no tempo e nos espaços geográficos e sociais, ou seja, é histórico. Portanto, naturalizar padrões de comportamento leva à crença de que se deve agir segundo determinados moldes. Em *Vigiar e punir* Foucault (2006) descreve o surgimento da “anatomia política” ou de uma “mecânica do poder”, que se deu a partir da segunda metade do século XVIII, a qual definia como o domínio sobre o corpo do outro, que opera por meio do controle minucioso das ações do corpo, realizando a sujeição constante de suas forças e estabelecendo uma relação de docilidade-utilidade, chamada pelo autor de “disciplina”. As disciplinas se tornaram as principais fórmulas de dominação, responsáveis pela existência de corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (Foucault, 2006; Moysés; Collares, 2011).

2.4 Transtorno opositivo desafiador

Um dos diagnósticos de maior predominância entre os recebidos por crianças e adolescentes no local onde a pesquisa foi realizada é o de “Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência”, classificação que representa um grupo heterogêneo de transtornos ocorrendo durante a infância, mas que diferem entre si.

De acordo com o CID-10 (2021), algumas dessas afecções constituem síndromes bem definidas, enquanto outras são simples associações de sintomas; estas últimas devem, contudo, ser incluídas, por um lado, em função de sua frequência e de sua associação com uma alteração do funcionamento psicossocial e, de outro, porque não podem ser incluídas em outras síndromes. Ou seja, é uma classificação mais ampla, que inclui o déficit de atenção sem hiperatividade e outras manifestações, como comer unhas, enfiar o dedo no nariz, masturbar-se exageradamente e sugar o polegar.

No bojo dessa classificação, encontra-se uma categoria que tem se tornado

frequente na descrição de crianças e adolescentes com problemas de comportamento. Considerando a faixa etária dos alunos entre os anos iniciais e finais de escolarização, dentre os diferentes distúrbios comportamentais que podem ser por eles apresentados estão os chamados distúrbios de conduta, categoria em que se encontra o transtorno opositivo desafiador (TOD).

O TOD foi introduzido como uma categoria diagnóstica distinta pela primeira vez na 3ª edição do DSM-III, sendo definido como um padrão recorrente de comportamento desafiador, desobediente e hostil com início na infância e adolescência. Historicamente, o diagnóstico de TOD era considerado uma forma leve ou um precursor de um transtorno de conduta, mas estudos demonstraram que, apesar de frequentemente comórbidos, os dois diagnósticos deveriam ser considerados constructos diferentes. De qualquer forma, evidências mostraram que havia associações do TOD com o aumento do risco para outros transtornos mentais durante a infância e idade adulta. Assim, o TOD abrangeria distintas dimensões de sintomas, cada uma com suas associações e trajetórias, mas tendo como denominador comum o comportamento disruptivo como forma de expressão do sofrimento psíquico (Krieger, 2015).

No DSM-V, o TOD está categorizado entre os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, que incluem condições que envolvem problemas de autocontrole de emoções e de comportamentos. A característica fundamental desse transtorno é “um padrão frequente e persistente de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa” (APA, 2014). O manual indica que não é incomum indivíduos com TOD apresentarem as características comportamentais do transtorno na ausência de problemas de humor negativo (incapacidade persistente de vivenciar emoções positivas, p. ex., sentimentos de felicidade, satisfação ou amor). Nos casos mais graves, os sintomas do transtorno estão presentes em múltiplos ambientes. Considerando que a difusão dos sintomas é um indicador da gravidade do transtorno, é importante avaliar o comportamento do indivíduo em vários ambientes e relacionamentos. Existem algumas considerações importantes para determinar se os comportamentos são sintomáticos do TOD, a saber:

Em primeiro lugar, o limiar diagnóstico de quatro sintomas ou mais durante os seis meses precedentes deve ser atingido. Em segundo lugar, a persistência e a frequência dos sintomas os seis meses precedentes, se

tivessem ocorrido com pelo menos três outros sintomas do transtorno e se as explosões de raiva tivessem contribuído para o prejuízo significativo associado ao transtorno (p. ex., levassem à destruição de propriedade durante as explosões, resultassem na expulsão da criança da pré-escola) (APA, 2013).

Tanto o DSM-V quanto o CID-10/11 apontam o transtorno da conduta (TC) como um diagnóstico diferencial, por se tratar de um comportamento de natureza mais grave, podendo ser considerado a evolução de um TOD não tratado.

Tanto o transtorno da conduta quanto o transtorno de oposição desafiante estão relacionados a problemas de conduta que colocam o indivíduo em conflito com adultos e outras figuras de autoridade (p. ex., professores, supervisores de trabalho). Geralmente, os comportamentos do transtorno de oposição desafiante são de natureza menos grave do que aqueles relacionados ao transtorno da conduta e não incluem agressão a pessoas ou animais, destruição de propriedade ou um padrão de roubo ou de falsidade. Além disso, o transtorno de oposição desafiante inclui problemas de desregulação emocional (i.e., humor raivoso e irritável) que não estão inclusos na definição de transtorno da conduta (APA, 2013).

Pode-se notar que, assim como em qualquer outro diagnóstico, é imprescindível que haja uma avaliação atenta e cuidadosa das características e comportamentos da criança ou adolescente em questão. De acordo com a literatura, uma das características das pessoas que sofrem desse transtorno é não se sujeitarem a regras, por não se conformarem com as exigências de outros, tendendo, assim, a enfrentar e questionar os adultos ou figuras de autoridade diante de regras e limites impostos. É necessário entender em quais contextos esses comportamentos se manifestam, como as relações são estabelecidas, antes de assumir que a criança ou adolescente possui um transtorno.

Na clínica psicanalítica, um diagnóstico só pode ser feito na transferência e com a finalidade de orientar a direção de tratamento. No caso do TOD, trata-se de uma categoria alheia ao discurso psicanalítico, desse modo, faz-se necessário fornecer parâmetros teóricos compatíveis com uma atuação que seja capaz de responder de forma ética e reflexiva às demandas contemporâneas. O TOD e o TC não consideram o sofrimento do sujeito, mas comportamentos desviantes que supostamente violam direitos e normas sociais, desafiam leis e autoridades. Essa maneira de pensar a psicopatologia é um retorno à visão da infância e adolescência como períodos de risco e moldagem de caráter, tendo os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta a função de previsão e prevenção da delinquência

e de outros comportamentos considerados prejudiciais à sociedade (Martinhago; Caponi, 2019; Lucero; Souza; Cittadino, 2021).

Segundo Lima e Pires (2019), no passado, quando uma criança era chamada de “birrenta”, apontava-se para uma questão no laço com o Outro. Ao assumir esse comportamento como um transtorno, todos, incluindo a criança, deixam de estar implicados. Para as autoras, “a condição destas crianças que não se adaptam aos padrões usuais e insistem em se contrapor aos demais, é de grande sofrimento e insegurança, especialmente em decorrência da dificuldade de estabelecer laços com o outro e consequente isolamento” (Lima; Pires, 2019). É a partir daí que a psicanálise busca entender o lugar dessas crianças nos ideais familiares e a forma como a lei é transmitida no laço parental desse sujeito que se mostra opositor e desafiador frente à demanda do outro.

2.5 O que diz um diagnóstico?

Considerando o aporte teórico utilizado nesta pesquisa, a partir do levantamento dos casos recorrentes no CAPSij de Hortolândia e da descrição de cada diagnóstico, é possível notar que o diagnóstico diz muito pouco sobre quem o recebe, muitas vezes representando as expectativas e anseios de uma época ou sociedade. Por isso, as queixas que levam a um diagnóstico devem ser investigadas com muita atenção e de forma crítica.

A prática de diagnosticar estudantes com base em instrumentos padronizados, como o TDAH ou o autismo, tem se tornado cada vez mais comum. Essa prática, muitas vezes motivada pela precariedade das condições de trabalho nas escolas, acaba medicalizando a educação. A busca por diagnósticos, nesse contexto, é vista como uma forma de garantir recursos adicionais para as escolas, como a redução do número de alunos por turma ou a contratação de auxiliares.

No entanto, essa prática pode ser problemática, pois transforma o diagnóstico em um “passaporte” para o acesso a direitos básicos, como melhores condições de estudo e transporte. Essa troca de “diagnóstico por direito” não resolve as questões estruturais da educação e pode até mesmo estigmatizar os estudantes, conforme o documento produzido pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, o qual “traz apontamentos (des)medicalizantes” sobre a Lei n. 13.935/2019.

Para a psicanálise, o diagnóstico na infância se faz por meio de uma leitura, a partir da escuta do andamento do processo de constituição subjetiva da criança em questão. Trata-se de um diagnóstico estrutural, em que se busca identificar em que posição a criança se encontra. Podemos citar duas posições possíveis: a de *sujeito* e a de *objeto*. Na posição de sujeito, quando seu processo de constituição subjetiva está ocorrendo, os sintomas indicam que a criança é capaz de responder de modo próprio às demandas que recebe do Outro. A interrupção do processo de constituição subjetiva expõe o indivíduo a uma vulnerabilidade que se manifesta através de sintomas, revelando a fragilidade do seu eu. Na posição de objeto, a criança pode estar numa relação de simbiose com o Outro ou mesmo se recusando a entrar no campo do Outro, ficando à margem da linguagem (Bernardino, 2021).

Portanto, esses diagnósticos podem ser vistos como formas de entender e responder às dificuldades no processo de constituição subjetiva e interação com o Outro. O reconhecimento da posição da criança (sujeito ou objeto) poderia oferecer caminhos para intervenções mais direcionadas e eficazes, visando apoiar o desenvolvimento subjetivo e social das crianças diagnosticadas com esses transtornos. Por fim, lidar com as questões de psicopatologia no viés psicanalítico na infância e na adolescência implica três significantes: escuta, ética e nomeação. A escuta deve voltar-se para as narrativas da criança, suas produções gráficas lúdicas e seus atos, que devem ser acolhidos; a ética reside na possibilidade de ocupar-se da falta, dos impasses, das falhas que são próprias ao acontecimento humano; e, por último, o alvo da nomeação não deve ser uma doença, mas um mal-estar, o sofrimento psíquico, as questões em torno das quais algo se paralisou (Bernardino, 2021).

3 METODOLOGIA

Este capítulo tem como finalidade apresentar os pressupostos que nortearam as escolhas metodológicas desta pesquisa.

3.1 Abordagem e método de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que procura interpretar os fenômenos sociais, isto é, interações e comportamentos, com base no sentido que as pessoas lhes atribuem. Não é incomum que, a partir dessa abordagem, o pesquisador indague suposições do senso comum e ideias que já estão postas (Pope; Mays, 2009). A pesquisa de cunho qualitativo também permite que as pessoas sejam estudadas nos contextos sociais em que estão inseridas e possibilita que o pesquisador empregue métodos qualitativos diversos. Neste trabalho, considerando os objetivos propostos e as características da investigação e dos objetos de pesquisa, o estudo de caso foi escolhido como método para delinear a coleta e análise de dados.

Conforme explicita Stake (1994³⁹ *apud* André, 2013), o que define o estudo de caso qualitativo não é um método específico, e sim um tipo de conhecimento que se pretende obter acerca de um fenômeno, uma vez que o “estudo de caso não é uma escolha metodológica, mas uma escolha do objeto a ser estudado” (Stake, 1994 *apud* André, 2013, p. 97).

Um dos propósitos do estudo de caso é “proporcionar uma visão global do problema ou de identificar possíveis fatores que os influenciam ou são por eles influenciados” (Gil, 2002, p. 55). Desse modo, busca-se o aprofundamento de uma realidade específica, neste caso, a realidade de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

É importante pontuar que os trabalhos identificados como estudos de caso devem se preocupar com o que um determinado caso sugere a respeito do todo, não se concentrando apenas no caso específico que aborda. A partir da exploração intensa de um único caso, espera-se adquirir conhecimento que possa ser ampliado para toda a dimensão do fenômeno estudado (Gil, 2002, p. 383-384).

Assim, a intenção do estudo de caso é investigar, como uma unidade, os

³⁹ STAKE, Robert. Case studies. In: DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna (ed.). **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994. p. 236-247.

aspectos relevantes para o objeto de estudo da pesquisa. Nesse sentido, a unidade é considerada como um todo, o que também inclui o seu desenvolvimento como pessoa, família, conjunto de relações, entre outros. Os limites para a definição da totalidade do objeto são definidos pelo objeto de estudo da pesquisa, considerando o contexto em que ocorre a investigação.

Na etapa de análise e interpretação de dados de um estudo de caso, é importante considerar, para a seleção dos dados, os objetivos da investigação, seus limites, e definir um sistema de referências que permita avaliar a utilidade de cada dado ou não para os objetivos traçados, uma vez que somente os dados selecionados serão analisados (Gil, 1995). Além disso, outro cuidado que deve ser tomado é com as teorias que subsidiarão a formação das categorias analíticas, que devem ser reconhecidas pela comunidade científica do campo do conhecimento no qual se localizam, a fim de não conter julgamentos *a priori*, opiniões de senso comum e preconceitos.

De acordo com Gil (1995):

O pesquisador deve definir antecipadamente seu plano de análise e considerar as limitações dos dados obtidos, sobretudo no referente à qualidade da amostra, pois se a amostra é boa, há uma base racional para fazer generalizações a partir dos dados. Em caso contrário, deve apresentar os resultados em termos de probabilidade. É importante também utilizar categorias de análise derivadas de teorias que sejam reconhecidas no campo do conhecimento. Isso faz com que a interpretação dos dados não envolva julgamentos implícitos, preconceitos, opiniões de senso comum etc. (Gil, 1995, p. 385).

No que se refere aos estudos de caso enquanto metodologias de pesquisa em educação, é importante pontuar uma interpretação já superada: nas décadas de 1960 e 1970, esse direcionamento metodológico era descrito como um estudo limitado a apenas uma unidade, como uma escola, um professor, uma sala de aula, por exemplo; contudo, o estudo de caso desponta nos anos 1980, no campo das pesquisas qualitativas da área educacional, com um sentido muito mais abrangente. Neste momento, o estudo de caso assume a intenção de investigar um fenômeno particular, considerando, para tanto, o contexto no qual se insere esse fenômeno e as diversas dimensões que o atravessam. Assim, o estudo de caso passa a ser entendido como um método de pesquisa que, embora valorize e tenha como foco o aspecto unitário, propõe uma análise situada e profunda sobre o fenômeno investigado (Gil, 1995).

Nas abordagens de natureza qualitativa, o conhecimento é entendido como um processo construído socialmente pelos sujeitos e a partir das suas interações cotidianas, pois, à medida que atuam na realidade, os indivíduos a transformam e se transformam. Partindo desse pressuposto, o mundo do sujeito, os significados que ele atribui às suas experiências são identificados como categorias centrais e serão alvo da preocupação dos pesquisadores em seu esforço analítico. André (2013) aponta que:

Assim, o mundo do sujeito, os significados que atribui às suas experiências cotidianas, sua linguagem, suas produções culturais e suas formas de interações sociais constituem os núcleos centrais de preocupação dos pesquisadores. Se a visão de realidade é construída pelos sujeitos, nas interações sociais vivenciadas em seu ambiente de trabalho, de lazer, na família, torna-se fundamental uma aproximação do pesquisador a essas situações (André, 2013, p. 87).

No que diz respeito às análises, as pesquisas que se configuram como estudos de caso podem incluir, além das entrevistas e observações, a análise de documentos de diferentes ordens, como pessoais, legais, administrativos, formais ou informais. De acordo com Stake (1995⁴⁰ *apud* André, 2013, p. 100), o documento pode substituir o registro de um evento que o pesquisador não pode observar diretamente. Documentos são muito úteis nos estudos de caso porque complementam informações obtidas por outras fontes e fornecem base para triangulação dos dados.

Quando a coleta de dados está em fase de conclusão, a pesquisadora ou o pesquisador pode seguir para a etapa mais formal de análise, que deve incluir, conforme define André (2013), a organização e separação de todo o material coletado em diferentes arquivos, de acordo com o tipo de instrumento, método e fonte de coleta, ou por ordem cronológica. A seguir, deve-se realizar a leitura e releitura de todo o material a fim de assinalar pontos relevantes para a construção das categorias analíticas. É comum, nessa etapa, que a pesquisadora ou pesquisador utilize sistemas de referências para codificar as informações, como letras, cores de canetas diferentes para diferenciar temas distintos e significativos para o problema de pesquisa, ou recursos de computador, como um *software* que execute a tarefa de destacar palavras ou expressões significativas no material escrito.

Ainda de acordo com Lüdke e André (1986), esse trabalho dará origem a

⁴⁰ STAKE, Robert. **The art of case study research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

um conjunto inicial de categorias que deverão ser reexaminadas e modificadas nas etapas seguintes da análise, em que serão reunidos aspectos comuns, separados os pontos de destaque, e executadas novas combinações ou desmembramentos. É importante destacar que, embora a categorização seja um elemento fundamental do trabalho de pesquisa em um estudo de caso qualitativo, ela, por si só, não esgota a análise.

É preciso que o pesquisador vá além, ultrapasse a mera descrição, buscando realmente acrescentar algo ao que já se conhece sobre o assunto. Para isso terá que recorrer aos fundamentos teóricos do estudo e às pesquisas correlacionadas, estabelecer conexões e relações que lhe permitam apontar as descobertas, os achados do estudo (Lüdke; André, 1986, p. 101).

A seguir, serão apresentados e definidos os sujeitos participantes desta pesquisa, bem como os instrumentos utilizados para coleta de dados deste estudo de caso, informações fundamentais para a realização da análise dos dados que será apresentada no próximo capítulo.

3.2 Participante da pesquisa

Considerando a minha prática profissional como psicóloga e o aporte teórico psicanalítico adotado nesta pesquisa, sempre permiti que as crianças e adolescentes pudessem falar sobre seu sofrimento psíquico da forma mais livre possível e me disponibilizei a escutá-las. Acredito que têm muito a dizer, pois, como afirma Demartini (2002), uma criança de qualquer grupo social, após pouco tempo, já construiu algum tipo de identidade, tem uma memória. Portanto, buscou-se garantir que a participante escolhida para o estudo falasse livremente a partir de questionamentos semiestruturados, que serão explicados mais adiante.

De acordo com Coelho e Santos (2012), é possível realizar um trabalho pautado na escuta psicanalítica de depoimentos e entrevistas, colhidos em função da questão que se pretende investigar, fora do *setting* terapêutico, pois o método é a escuta e interpretação do sujeito do desejo, em que o saber está no sujeito, um saber que ele não sabe que tem e que se produz na relação transferencial.

O quadro 2 apresenta a descrição da adolescente que participou da pesquisa.

Quadro 2 – Descrição da participante da pesquisa

Nome	Idade atual	Raça/cor	Idade em que iniciou tratamento	Origem e motivos do encaminhamento	Hipóteses diagnósticas
Carolina	13	Negra	6	Unidade Básica de Saúde (UBS) Agitação, dificuldade de respeitar regras e limites e dificuldade de aprendizagem.	TDAH/TC ⁴¹

Fonte: elaborado pela autora.

Carolina foi convidada para participar da pesquisa por ser uma usuária que acompanhei por mais tempo no CAPSij, ademais, as queixas que motivaram seu encaminhamento para o CAPSij relacionavam-se, sobretudo, ao espaço escolar.

3.3 Instrumentos de pesquisa

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram entrevistas semiestruturadas e a análise documental.

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro semiestruturado e respondido individualmente pela adolescente. A entrevista é a técnica mais utilizada no processo de trabalho qualitativo. Sua utilização nesta pesquisa justifica-se por permitir que, através dela, os participantes se posicionassem diante da realidade que vivenciam e de sua própria situação. Dessa forma, foi possível acessar as informações chamadas subjetivas, uma vez que “constituem uma representação da realidade sob a forma de ideias, crenças, opiniões, sentimentos, comportamentos, e ação, ou seja, sobre modos de pensar, sentir, agir e projetar o futuro” (Minayo; Costa, 2018, p. 141).

A pesquisa documental, por sua vez, compreende o levantamento de documentos que ainda não foram utilizados como base de uma pesquisa (Gil, 2008). Foram analisados os registros e documentos que se encontravam no prontuário da participante da pesquisa com a finalidade de confrontar os registros dos profissionais da saúde e da educação com as informações obtidas nas entrevistas.

As entrevistas foram realizadas no CAPSij em datas previamente agendadas com os responsáveis após a apresentação e assinatura dos termos de

⁴¹ Transtorno de conduta.

consentimento livre e esclarecido. O termo de assentimento livre e esclarecido foi assinado pela adolescente no dia da entrevista.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

4 EXCEDENDO DIAGNÓSTICOS

4.1 Algumas crises...

O primeiro contato de Carolina⁴² com o serviço de saúde mental especializado do município aconteceu aos 6 anos de idade, em 13/01/2015. De acordo com os registros do prontuário, a criança compareceu ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPSij) acompanhada por seu genitor, encaminhada por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) devido às queixas de “agitação, dificuldade de respeitar limites e regras, agressividade, além de dificuldade de aprendizagem (baixa concentração)” (Prontuário CAPSij, 2015).

O vínculo de Carolina com as instituições de saúde se estabeleceu na primeira infância, a partir de vivências escolares atribuladas. Um ano antes de ser encaminhada para o CAPSij⁴³, ela foi atendida pela psicóloga da UBS do bairro onde residia, por conta do mau comportamento na escola e dificuldade de acatar regras e limites. De acordo com registros, o pai decidiu interromper o tratamento porque não via melhora no comportamento da filha. O pai de Carolina exercia as funções paterna e materna – a menina foi criada por ele e os familiares paternos desde o nascimento, e o contato da criança com a mãe era restrito.

De acordo com registros no prontuário, por conta da dificuldade do genitor na imposição de regras e limites, a tia paterna de Carolina se disponibilizou algumas vezes para assumir seus cuidados e recebê-la em sua casa. Essas idas e vindas motivaram as muitas mudanças de escola, associadas aos problemas de comportamento recorrentes no espaço escolar.

Em setembro de 2015, meses após a interrupção do primeiro acompanhamento psicológico na UBS, o genitor de Carolina retornou ao CAPSij com encaminhamentos de duas psicólogas de unidades de saúde diferentes, ambas referindo queixa de comportamento sobretudo no ambiente escolar.

É o que mostram as cópias nas figuras 1 e 2:

⁴² Nome fictício escolhido em homenagem a Carolina Maria de Jesus, autora do livro *Quarto de despejo: diário de uma favelada*, publicado em 1960.

⁴³ Tendo em vista as políticas de saúde da criança, os CAPSij estão organizados como serviços de porta aberta às demandas de saúde mental do território, e devem identificar populações específicas e mais vulneráveis enquanto objeto de estratégias diferenciadas de cuidado (Brasil, 2014).

Figura 1 – Encaminhamento 1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		SUS
FICHA DE ENCAMINHAMENTO		
P/INSTITUIÇÃO	CAPS-1J	ESPECIAL: Equipe
NOME:		IDADE: 06a
ENDER:		
QUADRO CLÍNICO: criança com dificuldades referentes ao comportamento na escola e em casa. Quadro de agressividade, manipulação do ambiente e pessoas. Eu atendi, mas K. 18 foi avaliada pela psico CONDUTA E EXAMES REALIZADOS: 1º mesmo parecer que o meu (segue anexo do enc. p/ CAPS daquelle). Encaminho junto a psico a criança e sua família p/ o CAPS, o qual poderá DIAGNÓSTICOS E SOLICITAÇÕES (motivo do encaminhamento): já ajudá-la e tratá-la adequadamente. Desde já agradeço. UBS da clausa 23/09/15		

Fonte: Prontuário CAPSi, 2015.

Quadro 3 - Transcrição do encaminhamento

Quadro Clínico

Criança com dificuldades referentes ao comportamento na escola e em casa. Quadro de agressividade, manipulação do ambiente e pessoas. Eu atendi, mas Carolina também foi avaliada pela psicóloga G. que deu o mesmo parecer que o meu (segue anexo encaminhamento para o CAPSi). Encaminho a criança e sua família para o CAPSi, o qual poderá ajudá-la e tratá-la adequadamente. Desde já agradeço.

Figura 2 - Encaminhamento 2

Prefeitura de Hortolândia
O ser humano em primeiro lugar.

SECRETARIA DE SAÚDE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

P/INSTITUIÇÃO CAPSi ESPECIAL: _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

QUADRO CLÍNICO: Quadro de agitação e agressividade principalmente no ambiente escolar. Pai relata que já passou por avaliação no CAPSi (porém não soube dizer quando), mas que o comportamento de C. tem se agravado desde então.

CONDUITA E EXAMES REALIZADOS
Entrevista de anamnese com pai e tia e observação da criança.

DIAGNÓSTICOS E SOLICITAÇÕES (motivo do encaminhamento):
avaliação e conduta.

Fonte: Prontuário CAPSi, 2015.

Quadro 4 – Transcrição do encaminhamento

Quadro Clínico

Quadro de agitação e agressividade principalmente no ambiente escolar. Pai relata que já passou por avaliação no CAPSi (porém não soube dizer quando), mas que o comportamento de C. tem se agravado desde então.

Conduta e Exames Realizados

Entrevista de anamnese com pai e tia e observação da criança.

Diagnósticos e solicitações

Avaliação e conduta.

O Sistema Único de Saúde é um sistema integrado que implica a hierarquização dos serviços em níveis crescentes de complexidade. Nesse sentido, a Unidade Básica De Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) são as

portas de entrada para o serviço de saúde e são procuradas sempre que um paciente necessita de atenção, seja em caso de adoecimento ou de acompanhamento rotineiro (Giovannella *et al.*, 2003). No caso dos atendimentos infantis, “problemas de aprendizagem” e “problemas de comportamento” são as principais razões para encaminhamentos aos serviços de saúde. Entre os principais motivos de encaminhamento em consultórios particulares, clínicas-escola e na rede pública de atendimento à saúde mental, destacam-se atitudes agressivas, apatia e dificuldades na leitura e escrita (Souza, 2007).

Contudo, ambos os encaminhamentos da UBS para o CAPSi corroboram a prática psicológica enunciada por Freller (1997), que seria tratar as crianças e sua família sem problematizar os fatores intraescolares implicados na produção e manutenção da queixa escolar, como se todas as crianças apresentassem algum tipo de problema emocional que merecesse ser elaborado em um processo terapêutico especializado, e como se apenas o CAPSi pudesse oferecê-lo, como indicado no encaminhamento: “encaminho a criança e sua família para o CAPSi, o qual poderá ajudá-la e tratá-la adequadamente” (encaminhamento 1).

Os encaminhamentos não deixam claro quais procedimentos haviam sido realizados além da entrevista inicial e observação da criança. Não é possível afirmar se estão relacionados ao fato de a criança estar morando com a tia há pouco tempo, mas isso justifica os encaminhamentos de duas unidades diferentes, sendo um da unidade de referência do bairro da tia, e outro da unidade do bairro do pai. A escola onde Carolina estava matriculada também encaminhou um relatório à UBS e ao CAPSi descrevendo diversas situações de conflito com os pares e com os adultos, conforme trecho a seguir:

[...] a aluna subiu no sofá, escalando a cortina e os vidros. Quando conseguimos tirá-la do alto para que não se machucasse, a "Carolina". jogou livros, colas e outros objetos, lançando alguns para fora da sala, no corredor e atingindo as outras pessoas que estavam tentando acalmá-la; além de dar chutes e socos e deferindo palavrões. Como ela não se acalmava e não conseguimos num primeiro momento, contato com a tia, acionamos o Conselho Tutelar que nos orientou a chamar o SAMU para contê-la e a Guarda Escolar para ajudar na ocorrência (Prontuário CAPSi, 2015).

Segundo relatos da equipe escolar registrados em prontuário, em relação à aprendizagem, Carolina apresentava escrita em nível pré-silábico⁴⁴. Quanto ao comportamento, diziam que, na maioria das vezes, a estudante não realizava as atividades propostas ou as realizava de forma incompleta, recusava-se a permanecer na sala de aula, irritava-se com facilidade e “batia demais” (*sic*) nos alunos ou em outra pessoa que estivesse por perto. Como mostra o relatório no quadro 5:

Quadro 5 – Trecho extraído da ata escolar

16/08/2016

A professora S. do 2º ano encaminhou até a direção a aluna Carolina. A mesma começou a agredir um colega com chutes e socos porque o mesmo ameaçou pegar sua blusa. A aluna tem apresentado esse tipo de comportamento agressivo diariamente, procuramos conversar com a aluna, porém, não temos observado melhoras. Vários pais têm vindo à escola reclamar da aluna e os professores têm apresentado dificuldade em lidar com a mesma devido ao seu comportamento agressivo e por não acatar as regras da sala. A aluna é extremamente agitada, desorganizada com seus pertences e não conclui as atividades solicitadas. O pai compareceu, passamos toda situação para ele, que relatou que a filha passa no psicólogo no CRAS e no CAPSi, porém já faz algumas semanas que a psicóloga do CAPSi não atende a filha. Disse que em casa a filha vive perigosamente e que sobe até em cima dos armários. Relatou seus problemas de saúde e colocou que não sabe mais o que fazer com a filha, pois ela não o obedece e não respeita ninguém. O pai relatou que a filha não para nem para assistir televisão e quando ele está fazendo as coisas de casa junto com ela, ele percebe que ela fica mais tranquila. O pai vai passar no CAPSi, orientei o mesmo a pedir para conversar com a psicóloga e passar o que está acontecendo na escola e em casa.

Durante a entrevista concedida para esta pesquisa, diante da pergunta “Você se lembra quando começou a vir ao CAPSi? Poderia me contar o que lembra de situações que viveu aqui?”, esses comportamentos foram descritos por Carolina como “crises”, e foi por conta delas que a menina teria sido encaminhada da escola para o serviço de saúde.

Eu acho que por coisas que aconteciam na minha escola, tipo algumas crises, não crises, crises, mas crises, não falaria de ansiedade e depressão, mas crises. Meu comportamento era totalmente agressivo, ou batia nos professores ou batia nos alunos, então era totalmente agressivo (Carolina – Entrevista).

⁴⁴ O nível pré-silábico corresponde a um dos quatro níveis de evolução da escrita cunhado por Emília Ferreiro. Nesta fase, a criança não diferencia o desenho da escrita, e não dá nenhum significado ao texto. Começa a produzir riscos ou rabiscos típicos da escrita que tinha como forma básica (modelo), e, além disso, outros elementos podem aparecer em sua escrita, como pseudolettras ou números. A criança pensa que é possível ler nomes diferentes com grafias iguais e ainda não consegue entender que o que a escrita representa no papel são os sons da fala (Lopes; Abreu; Mattos; 2010).

Nesse trecho, pode-se notar que a palavra “crise” assume o sinônimo de ruptura, aquilo que rompe com um padrão de comportamento esperado. De acordo com Zandoná (2016), a crise não está alheia às condições da vida no meio em que se produz. A autora explica que o momento da crise aponta para uma “interrupção do curso de algo, em que uma normatividade está sendo posta à prova, por sua baixa resolubilidade ante as oscilações e as exigências do meio, operando com normatividade menos plástica” (Zandoná, 2016, p. 201), exigindo que novas normas venham a emergir a fim estabilizar as condições adversas e reestruturar o mundo vivido.

A crise retoma o fenômeno da angústia em relação ao eu, e acontece quando há um aumento ou redução significativa do espaço no universo pessoal, isto é, um excesso de excitações insuportáveis para o aparelho psíquico. Tal fenômeno provoca mudanças repentinas na forma como o sujeito lida com os conflitos entre as pulsões instintivas e as exigências da realidade (Simon, 1989; Dias; Ceccarelli; Moreira, 2016). A relação de Carolina com a escola mostrou-se conflituosa desde os anos iniciais, e assim como a escola apresentava queixas da estudante, a estudante também tinha diversas queixas acerca da escola, e seu comportamento manifestava isso. A sensação de angústia da qual decorre uma crise também está presente no discurso de Carolina, tanto em situações de embate na escola, quanto no seu modo de estar no mundo.

Conforme menciona Zandoná (2016), na crise, há abertura para criação e invenção do indivíduo e do entorno, das relações e do meio. Essa possibilidade de “abertura” ocorreu em diversos momentos durante a trajetória escolar de Carolina: os episódios de crises recorrentes levaram a escola a procurar a família e os serviços de saúde que acompanhavam a criança frequentemente, estreitando as relações entre as instituições. Os comportamentos de Carolina deflagraram e desafiaram regras, métodos e condutas habituais da escola, mostrando que esses não eram suficientes para lidar com as suas demandas, que poderiam ser as de qualquer outra criança.

Carolina também apresentou crises no CAPSij, e nem todas foram fáceis de manejar, porém, pelo fato de o serviço de saúde contar com mais profissionais, a atuação nessas situações se dava de forma mais efetiva.

4.2 A escola e o CAPSij

Como já mencionado, a escola é o principal produtor de encaminhamentos para o serviço de saúde mental (Reis, 2010 *apud* Macedo, 2017; Souza, 2007). Ao encaminhar um aluno, muitas vezes a escola entende que não tem mais responsabilidade sobre ele, pois a questão foi transferida para as mãos dos órgãos competentes, como o Conselho Tutelar ou o sistema de saúde (Zibetti, 2010 *apud* Macedo, 2017). Portanto, no sentido de ressignificar essa relação, atentando-se às crises de Carolina e à urgência de compreender e promover condições para que todos os atores da instituição escolar tivessem assegurados seus direitos de aprender, ensinar, socializar etc., a unidade escolar e o serviço de saúde passaram de uma relação meramente institucional a uma relação necessária, de parceria.

Macedo (2017) aponta que a parceria entre a escola e o CAPSi é o primeiro nível da construção de rede e da intersetorialidade⁴⁵. A política de saúde mental infantojuvenil no Brasil direciona-se para a construção de redes ampliadas e intersetoriais de atenção, com ênfase na articulação entre serviços de diferentes níveis de complexidade. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil são responsáveis pela articulação intersetorial e pela realização de ações estratégicas (Chaves; Caliman, 2017).

Embora Carolina não apresentasse queixas importantes do ponto vista da aprendizagem, em todas as escolas por onde passou, fez-se necessária uma atuação direta e efetiva do CAPSi, corroborando os achados de Macedo (2017) acerca da atuação do CAPS infantojuvenil:

[...] apesar do reconhecimento e da percepção de que não é o serviço especializado para o atendimento das queixas escolares, ele mobiliza em seu interior alguns procedimentos e recursos entre outras coisas, perante a escassez no município por espaços especializados, para tentar minimizar algumas vivências/situações que indicam uma maior atenção e cuidado ante aos reclamos propostos pelas queixas escolares (Macedo, 2017, p. 107).

Diante das frustrações das professoras e da instituição e da própria Carolina, os profissionais da equipe de referência da aluna no CAPSi passaram a realizar visitas regulares às escolas que ela frequentou, bem como ao domicílio e a outros espaços públicos (parques, praças) por onde a criança transitava. No campo

⁴⁵ Intersetorialidade diz respeito à articulação entre setores historicamente envolvidos com as questões da criança e do adolescente com problemas mentais, como assistência social, educação e justiça, e exige a criação de mecanismos de conversa e produção de práticas e saberes coletivos (Chaves; Caliman, 2017).

da saúde mental, o sujeito é entendido como um ser indissociável do contexto em que vive; esse contexto é compreendido como “território”, e nele se constroem relações decorrentes de situações históricas, ambientais e sociais (Prata *et al.*, 2017). Assim, em se tratando de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, é essencial analisar a instituição escolar enquanto território, pois este não consiste apenas em uma região administrativa, mas representa as relações sociais e políticas, afetivas e ideológicas que existem em determinada sociedade, sendo constituído pela experiência das pessoas que nele convivem, por meio da história, da cultura, dos movimentos sociais e das ações políticas (Lancetti; Amarante, 2006). Trata-se, portanto, de espaço fundamental para atuação do CAPSi diante das relações de Carolina com os pares e as figuras de autoridade que se encontram no local.

Embora, ao longo da vivência de Carolina, em diversos momentos o cuidado dispensado a ela foi realizado dentro do CAPSi, nos atendimentos, nas consultas, em acolhimento e orientação familiar, nosso objetivo sempre foi responder às suas demandas de forma dinâmica, isto é, responder prontamente às necessidades de Carolina e da escola, visto que nosso processo de trabalho está pautado em uma perspectiva coletiva e biopsicossocial, ao considerar não apenas o indivíduo, mas também o contexto social mais amplo, além dos diversos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que influenciam sua saúde e se refletem em seus comportamentos (Campos *et al.*, 2020).

Durante o segundo semestre de 2018, após reunião intersetorial com a participação do CREAS, de representantes da Secretaria de Educação, gestão escolar e Conselho Tutelar, foram definidas diversas estratégias que seriam realizadas na escola. Carolina passou a ser acompanhada pela professora de educação especial, uma vez por semana, por uma estagiária que ficava na sala de aula e por mim, que passava um dia por semana em sala de aula a cada quinze dias. A aluna também foi incluída nas aulas de reforço e participava de atividades no contraturno.

O nosso objetivo era acompanhar Carolina de modo mais próximo e possibilitar uma intervenção coletiva, para a escola e para a aluna. Na escola, Carolina não só se destacava em atividades práticas, como também era uma líder nata, com grande capacidade de persuadir e motivar seus colegas. Seus argumentos eram sempre claros e convincentes, contudo, evitava desempenhar atividades que exigiam mais de sua capacidade elaborativa, como produção de textos, por exemplo.

Ao presenciar as interações dentro da escola, pudemos visualizar os problemas que envolviam as relações de Carolina com os pares e os educadores e, assim, contribuir para o manejo dessas relações. Pude notar que minha presença na escola tranquilizava a professora, os alunos e a equipe escolar, confirmando o que afirmam Campos *et al.* (2020): o trabalho no território convoca as pessoas ali presentes a participarem do momento, sendo pontos de acolhimento da crise no contexto existencial do indivíduo. A presença de um profissional de saúde que esteja familiarizado com o sujeito pode aliviar a angústia do entorno e redimensionar a periculosidade construída a respeito da pessoa que se encontra em sofrimento.

Além da minha presença, atores da própria escola também auxiliavam no manejo do comportamento de Carolina. Ela desenvolveu uma relação importante com a professora de educação especial, como mostra esse trecho da entrevista:

[...] ela me ajudou muito [...] ela foi uma pessoa que realmente quis me ajudar. De certa forma ela conseguiu. A gente se dava muito bem. Então isso foi um meio para a escola me colocar no reforço para ver se eu conseguia me acalmar (Carolina – Entrevista).

Veremos mais adiante que, na relação de Carolina com as escolas, sempre houve alguém que ocupou um lugar importante em sua vida e contribuiu para sua permanência no espaço escolar.

4.3 A(s) escola(s) e Carolina

Retomando o percurso de Carolina, no primeiro semestre de 2016, a criança estava morando com a tia, contudo, diante da dificuldade em lidar com os comportamentos da sobrinha, a tia pediu que voltasse a morar com o pai. Carolina voltou e foi matriculada em uma nova escola.

Nos meses seguintes, Carolina seguiu em acompanhamento psicológico no CAPSij, mas ainda não havia sido avaliada pela psiquiatra do serviço. Os relatos da criança em atendimentos individuais faziam referência a conflitos com os colegas e a professora e ao sentimento de rejeição. Segundo a análise da profissional (psicóloga) que a acompanhava, a menina não se responsabilizava por seus atos.

Em agosto de 2016, Carolina passou a ser atendida por mim, e, em um de nossos primeiros encontros, a criança pôde representar de forma intensa os conflitos

e o sofrimento psíquico que vivenciava no ambiente escolar através de uma brincadeira com bonecas, como mostra o registro de atendimento no quadro 6.

Quadro 6 – Transcrição de evolução clínica

12/09/2016 Psicologia: Atendimento individual

Brincadeira com bonecas – C. inicialmente solicita minha participação na brincadeira, me atribui de avó, encenamos uma situação em que ela iria para escola. Como avó, preparo o café da manhã e a levo para escola. Na escola C. se depara com uma professora brava e cria uma situação de conflito. A professora vai até a diretora se queixar de uma aluna que teria agredido C. e deixado uma marca roxa na perna de C. (a boneca de fato tinha uma marca na perna). A diretora da escola era a tia de C., mas no decorrer da brincadeira atribuiu a ela o papel de mãe. A diretora mata a boneca que a teria agredido. C. sutilmente coloca a boneca no cesto e coloca um copo plástico em sua cabeça (na cabeça dessa boneca), "até que ela pare de respirar". A diretora vai visitar C. no hospital e também morre ao descobrir que C. ficaria sem perna e sem braço. C. diz que não quer mais brincar e encerramos a sessão.

Figura 3 – Evolução de atendimento

DATA	EVOLUÇÃO CLÍNICA
12/09/16	Psicologia: Atendimento individual. Brincadeira com bonecas. K. inicialmente solicita minha participação na brincadeira, me atribui o papel de avó, encenamos uma situação em que ela iria para escola. Como avó preparo seu café da manhã e a levo para escola. Na escola K. se depara com uma professora brava e cria uma situação de conflito. A professora vai até a diretora e queixar de uma aluna que teria agredido K. A colega tinha batido na perna de K. e deixado uma marca roxa (a boneca de fato tinha uma marca na perna). A diretora da escola era tia de K., mas no decorrer da brincadeira K. atribuiu a ela o papel de mãe. A diretora mata a boneca que teria agredido K. sutilmente coloca a boneca no cesto e coloca um copo plástico em sua cabeça "até que ela pare de respirar". A diretora vai visitar K. no hospital e também morre ao descobrir que K. ficaria sem perna e sem braço. K. diz que não quer mais brincar e encerramos a sessão.

Fonte: Prontuário CAPSij, 2015.

Na obra *A criança e o seu mundo* (1964/2015), D. W. Winnicott postula que o ressentimento recalcado e o resultado de experiências de ira podem ser encarados pela criança como uma coisa má dentro de si, da qual ela precisa se livrar. Nesse sentido, apenas um ambiente conhecido permitiria que ela expressasse impulsos coléricos ou agressivos, sem o retorno do ódio e da violência do meio para si mesma. Podemos observar, então, que a escola não se colocava para Carolina como um ambiente bom – a instituição parecia não estar preparada para lidar com seus impulsos, respondendo e devolvendo à criança a mesma agressividade que ela manifestava.

Nesse período, os registros mostram que Carolina e a professora de fato entraram em um conflito físico, fato que também foi recordado pela menina durante a entrevista:

Quando eu não conseguia fazer as atividades dentro da sala de aula, a diretora ligava para... a professora ligava para ela (para tia) e falava que eu estava dando trabalho dentro de sala de aula e ela pegava, vinha e me dava beliscões para falar, para eu me acalmar. Só que aquilo ali só me deixava mais nervosa. Então, não foi uma forma de ela me ajudar e ela sabia que isso não ia me ajudar. Ela estava fazendo para me agredir, ela sabia o que ela estava fazendo. Ela era amiga... muito amiga da minha tia e, aliás, quem me colocou na escola foi ela. Ela já sabia do **meu histórico de agressividade** e tudo mais, porque eu **tenho histórico nas escolas que eles são péssimos**. [...] mesmo ela falando até hoje que não fazia para me agredir, me pedindo desculpa, eu não acredito, porque no olhar dela dava para ver que ela estava fazendo aquilo para me agredir, para me atingir de um certo jeito, de uma forma que eu não gostaria. Um jeito negativo. Então, eu odiava o jeito que ela fazia comigo (Carolina – Entrevista).

O trecho permite tecer algumas observações, como sobre a relação problemática existente entre a criança e a equipe escolar. Carolina relata dificuldades em seu relacionamento com a professora e com a diretora, que adotaram abordagens inapropriadas para lidar com o seu comportamento desafiador em sala de aula.

O uso da violência física descrito por Carolina ao mencionar que a diretora, que era amiga da sua tia e fundamental para seu ingresso nessa instituição, a agredia com beliscões como forma de discipliná-la é uma clara violação de qualquer norma ou padrão aceitável de comportamento por parte de uma figura de autoridade em uma escola. Além disso, a própria Carolina relata que essas ações não eram efetivas e não ajudavam de fato, ao contrário, geravam muito mais frustração e raiva, expressas por meio de seu nervosismo e agressividade, indicando que a abordagem utilizada estava

causando mais problemas para a aluna, em vez de resolvê-los, especialmente porque era interpretada pela menina como ação deliberada para prejudicá-la: ela acredita que a diretora tinha ciência de seus atos e que os executava com o objetivo de agredi-la ou feri-la emocionalmente.

Após o incidente com a professora, Carolina foi trocada de sala, mas alguns dias depois retornou à sala antiga. Os conflitos não se restringiam à professora, estendendo-se, de modo geral, a outras figuras de autoridade.

É importante destacar que, no trecho acima, Carolina menciona um histórico de agressividade em escolas anteriores, indicando que ela já havia enfrentado dificuldades em seu relacionamento com a equipe escolar ao longo de sua trajetória educacional. Suas relações anteriores podem ser determinantes para a desconfiança presente em seus vínculos, uma vez que, mesmo com as desculpas posteriores da diretora, Carolina continua desconfiada de suas intenções e acredita que suas ações eram deliberadamente maliciosas. As experiências de má conduta de figuras de autoridade, bem como o abandono de sua mãe e de sua tia podem ter um impacto duradouro na percepção de bem-estar de Carolina em outras relações e vínculos com a equipe escolar.

O comportamento agressivo, em certa medida, distanciou Carolina de si e dos outros, visto que as relações no ambiente escolar eram muitas vezes atravessadas por diversas formas de violência. A Pesquisa Violência e Preconceitos na Escola (UFMT *et al.*, 2018), desenvolvida entre os anos 2013 e 2015, que se propôs a pensar sobre “os fenômenos dos preconceitos e da violência no contexto escolar brasileiro”, traz resultados importantes acerca do que pensam alunos e professores sobre a existência dessas práticas dentro da escola.

O relatório final destaca a presença de uma forma de violência nas interações interpessoais dentro do ambiente escolar frequentemente ignorada: a violência simbólica. Isso engloba diversos tipos de violência, como a verbal, a moral e a psicológica, perpetrada por professores ou funcionários contra os alunos. Kohler (2003)⁴⁶, citada por UFMT *et al.* (2018), observa que muitas vezes essas práticas não são vistas como violência, porque são ideologicamente justificadas em nome da “boa educação”, assim como não são reconhecidas as crianças e adolescentes que as

⁴⁶ KOHLER S. M. F. Violência psicológica: um estudo da relação professor-aluno. CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE LA NUEVA ALFABETIZACIÓN: UN RETO PARA LA EDUCACIÓN DEL SIGLO XXI. **Anais...** Coimbra, Portugal, 2003.

enfrentam. Portanto, é essencial adotar uma compreensão abrangente da violência, o que implica entender o contexto social que envolve a escola como um todo, pois “o espaço que hoje existe possivelmente é constitutivo do currículo oculto, especialmente quando, entre outros fatores, propicia distanciamentos, exclusões, não pertencimento” (p. 208), impactando na manifestação de preconceitos e violências.

Carolina relata, posteriormente, o descaso e descrença de uma professora com o seu desenvolvimento e também responsabiliza suas experiências anteriores (histórico) por essa situação:

Eu não sei muito bem explicar, mas eu acho que **por eu ter um histórico na escola agressivo** e tal, não querer explicar, tipo tanto faz. Se quiser faz, se não quiser, não faz. E eu lembro de uma frase que uma professora me disse, não foi diretamente para mim, foi na sala, mas ela foi uma das professoras que eu mais tive vontade de me aproximar mais e virar amiga, porque hoje eu não sou mais amiga dela, porque eu não conheço, eu nunca mais vi ela. Mas eu lembro que ela falou assim: “se vocês aprendem ou não, o problema não vai ser meu, porque eu já aprendi, eu já me formei e o meu dinheiro está na conta” (Carolina – Entrevista).

Considerando a natureza específica das relações que Carolina estabelecia com figuras de autoridade, como professoras e diretoras, cabe buscar compreender de maneira mais aprofundada as dinâmicas envolvidas nessas experiências.

As descrições de Carolina acerca de si mesma e suas atitudes parecem ecoar o que os outros costumavam dizer a seu respeito. Ao se identificar como uma pessoa agressiva, Carolina adota a narrativa convencional sobre sua própria identidade e seu histórico, aceitando-os como verdadeiros. Cabe salientar que a palavra “*histórico*”, repetida algumas vezes durante a entrevista, revela o caráter negativo com o qual a adolescente revisita seu percurso escolar. Essa ocorrência pode ser pensada a partir da noção de discurso referida por Lacan, conforme destaca Kamers *et al.* (2015):

É sempre no laço discursivo que devemos procurar a posição subjetiva de cada um, interrogando-nos sobre que sujeito se manifesta, já que cada discurso em sua particularidade, revela que forma um agente ao agir sobre o outro produz posições subjetivas singulares. A subjetividade assim se manifesta como um efeito de discurso (Kamers *et al.*, 2015, p. 295).

Assim, no contexto do discurso, a subjetividade de Carolina revela-se por meio de episódios de agressividade. Conforme apontado por Voltolini (2016, p. 94), “o próprio fato de ser uma criança muito falada na instituição pode vir a ser um fator em

jogo no disparo da agressividade”. O cerne da dinâmica da agressividade está profundamente enraizado na forma como o indivíduo se percebe, ou seja, na ferida narcísica, que afeta a relação do sujeito com sua própria imagem.

Ademais, não podemos desconsiderar o fato de que a escola é um lugar fundamental na constituição da subjetividade (Prata, 2005). Uma vez que todo o funcionamento da escola é atravessado pela configuração social, a instituição escolar tem o papel de definir o sujeito, seja por meio das relações de poder entre professores e alunos, seja na forma pela qual concebe a aprendizagem e transmite o saber enquanto espaço de subjetivação. Uma experiência positiva citada por Carolina faz referência a uma diretora que se destacou pela habilidade para conversar e controlá-la, além de demonstrar intenção de acalmá-la:

Foi uma das professoras e diretoras que realmente [eu] me dava muito bem, tinha paciência e sabia conversar e tentava lhe [me] acalmar, ela conseguia **controlar** (Carolina – Entrevista).

Em outro momento, Carolina reflete uma visão bastante negativa em relação a muitos professores, tanto na rede pública quanto na privada.

Então, isso é o que a maioria das professoras na rede pública, até na... da rede privada fazem. Eles não estão nem aí para os alunos e com os problemas que passam em casa, com as coisas que falam para eles na escola e o que acontece dentro da escola, também. A maioria, eles não ligam porque para eles, dependendo do aluno, eles não estão nem aí para o que vai acontecer, para o que já aconteceu, o que a pessoa está passando. Eles julgam muito dentro da escola, fora da escola. É sempre assim, é o nosso país (Carolina – Entrevista).

O trecho acima expressa a crença de que a maioria dos professores não se importa com os alunos e os problemas que enfrentam em casa e na escola. Carolina parece decepcionada, frustrada, sentindo-se desamparada em relação à educação e às figuras que espera que ofereçam cuidado e proteção no ambiente escolar, identificando faltar empatia e preocupação por parte da maioria dos professores. Ela expressa, em seu relato, a crença de que muitos deles não estão atentos aos problemas dos alunos, tanto dentro como fora da escola, e acredita que isso é um reflexo dos desafios mais amplos enfrentados pelo sistema educacional.

Em entrevista com o genitor, discutiu-se pela primeira vez a possibilidade de realizarmos uma avaliação psiquiátrica, à qual ele se mostrou resistente. O pai também relatou que Carolina se acalmava quando tinha contato com a mãe, contudo,

os contatos eram raros. A tia paterna também foi entrevistada e, assim como o seu irmão, não concordava com o uso de medicação, por entender que o problema da sobrinha era de ordem ambiental; além disso, em sua percepção, a sobrinha se sentia rejeitada pelos colegas da escola e professoras.

No final do mês de outubro de 2016, a coordenadora da Educação Especial do município entrou em contato com o CAPSij dizendo que Carolina havia “surtado” (*sic*) na escola, mas não soube dizer o que teria ocasionado a situação. Agendamos uma visita escolar, que foi realizada no início de novembro de 2016; participaram da discussão do caso a vice-diretora, a coordenadora e a professora, que, conforme registros em prontuário, se queixaram de que Carolina apresentava comportamentopositor, descontrole emocional e agressividade, além de relatarem que, embora estivesse alfabetizada, a aluna não fazia registros devido à falta de atenção.

Diante da situação, a escola inseriu a criança em um projeto que acontecia no contraturno em uma escola no mesmo bairro. Durante a entrevista, Carolina contou que tinha boas recordações do período em que frequentou o projeto, mas também afirmou não ter sido fácil o convívio nos primeiros anos, porque “se revoltava com coisas sem sentidos e sem motivos”, como “[alguém] tem uma máscara toda bonita e eu não tenho”; por esse motivo, diz “não ter durado nem um ano lá” (*sic*).

Uma questão interessante e que deve ser pontuada no relato de Carolina é a forma como ela se sentia diferente diante de algumas situações e em relação a outras pessoas no ambiente escolar, e isso era motivo de revolta por parte da estudante.

O trecho acima contém também a expressão de um sentimento experienciado por Carolina de que sua revolta, uma reação emocional à interpretação de sentir-se diferente, é “sem sentidos e sem motivos”. Essa afirmação evidencia como Carolina, ao mesmo tempo que entende sua frustração, a minimiza. Para compreender esses sentimentos, cito Silva (2005), ao explicar que:

Ao internalizar atributos negativos, que lhe são imputados, instala-se o sentimento de inferioridade, causando constrangimento na relação com seus pares, e favorecendo o aparecimento de comportamentos de isolamento, entendidos, frequentemente, como timidez ou agressividade. Essa pressão emocional pode ser percebida ou lida como perturbação do pensamento e do comportamento. Essas atitudes expressam a ambivalência do excluído em relação ao mundo hostil da elite dominante (Silva, 2005, p. 131).

Embora Carolina verbalize ódio ao lembrar-se dessas experiências, ela também relata bons momentos, carregados de ludicidade, principalmente quando suas ações não tinham como consequência a represália de algum gestor escolar, a saber:

Lá foi uma escola divertida e, ao mesmo tempo, muito avassaladora, porque lá eu tive sensações horrorosas com a diretora, com os monitores [...] eu gostava mais da estrutura, porque a escola tinha elevador. Então, isso era bem divertido na época para mim, porque eu ficava subindo e descendo aqueles elevadores e ninguém falava nada para mim. Então, isso era muito legal (Carolina – Entrevista).

O trecho acima expressa a ambivalência vivenciada pela adolescente nesses espaços, colocando, de um lado, a diversão proporcionada pelo espaço físico e, de outro, as relações sociais e hierárquicas carregadas de violências, evidenciadas pelo uso de adjetivos como “avassaladora” e “horrorosas”. O fato de Carolina assimilar que era legal brincar nos elevadores sem que alguém lhe falasse algo nos leva à indagação: era realmente divertido a ação de subir e descer os elevadores ou ela assumia o caráter prazeroso pelo fato de não ser um ato repreendido?

Uma nova visita escolar foi realizada por mim e, desta vez, fiz a observação dentro da sala de aula. Carolina aparentava estar triste, buscava a atenção de colegas e da professora, mas não era correspondida. Naquela ocasião, não percebi comportamentos excessivos de nenhuma das partes. Contudo, ficou evidente que o relacionamento de Carolina com a escola estava desgastado, isto é, a qualidade da relação e da comunicação entre os envolvidos não era boa.

Um ponto importante a ser destacado a partir desses relatos é o sentimento de desamparo que Carolina demonstra em suas relações. O desamparo original refere-se à estrutura do inevitável mal-estar da condição humana, isto é, a ruptura que causa a dor de existir, a falta, mas também aponta para a impossibilidade de se valer do recurso ao outro, em situações de incapacidade de expressar, por meios comunicativos, suas carências e necessidades (Souza *et al.*, 2024).

Os relatos de Carolina mostram que seu comportamento mudava à medida que ela encontrava alguém que pudesse sustentar suas necessidades, como a diretora e a professora de educação especial mencionadas por ela, o que gera uma condição de vulnerabilidade. Tal vulnerabilidade, à qual todos estamos sujeitos em alguma medida, é moldada pelas relações que construímos, pelos espaços sociais

que frequentamos ou não e pelo sentimento de pertencimento a esses espaços. Também é influenciada pelos laços de interdependência que estabelecemos, definidos pela nossa função na “teia” social, em que somos dependentes de outros e vice-versa (Souza *et al.*, 2024).

Vivenciar situações de racismo na escola também retoma o sentimento de desamparo e vulnerabilidade, como indica o trecho a seguir:

Eu não via racismo por conta de não ser todas as pessoas, mas a maioria era racismo [...] Então, era bem difícil a convivência, mas a maioria era por conta do racismo, por conta... comigo, **por conta do meu histórico escolar** (Carolina – Entrevista).

Carolina afirma ter ouvido comentários do tipo:

Eu não sou da sua raça. Sua raça nunca vai ser aceita. Eu não sou igual a você. Eu não quero ser igual a você (Carolina – Entrevista).

A maneira encontrada por ela para responder aos comentários era comportando-se agressivamente. Achille Mbembe (2014), em *Crítica da razão negra*, enuncia que, dos lugares onde se vive mais intensamente a experiência de exclusão, emerge o “desejo de diferença”, e entendo que a vivência escolar de Carolina condiz com essa premissa. Atualmente, como uma adolescente, ela reconhece que uma das formas de violência que experimentou na escola foi o racismo, o qual, juntamente com o sentimento de se sentir diferente, contribuiu para seu processo de exclusão. Para Mbembe (2014):

A proclamação da diferença é a linguagem invertida do desejo de reconhecimento e de inclusão. Mas se, de facto, a diferença consiste no desejo (isto é, a vontade), esse desejo não é necessariamente desejo de poder. Também pode ser o desejo de ser protegido, de ser poupado, de ser preservado do perigo (Mbembe, 2014, p. 305).

Por mais que Carolina desejasse pertencer a escolas por onde passou, o fato de se sentir excluída a levava agir de forma a que a exclusão de fato acontecesse. Jango (2017) aponta que crianças que sofrem racismo no espaço escolar são impedidas de sentirem felizes, alegres, bem, seguras e confortáveis como as outras crianças; ao invés disso, sentem-se humilhadas, inferiorizadas e desrespeitadas. Desse modo, “o fato de sofrer racismo faz com que a criança tenha uma representação de si negativa” (Jango, 2017, p. 188).

Uma forma encontrada pela professora de educação especial que acompanhava Carolina para lidar com essas questões foi realizar uma oficina de beleza com todas as alunas da sala, em que elas fizeram maquiagem e trouxeram roupas de que gostavam de casa. Essa experiência foi essencial para o desenvolvimento da autoestima das alunas, e também foi uma maneira de aproximar Carolina das outras meninas a partir de uma atividade de que ela gostava muito. Os comportamentos dela evidenciavam uma necessidade subjacente de encontrar proteção. Em várias ocasiões ao longo de sua jornada, foi observado que, quando ela se sentia acolhida, respeitada e reconhecida, seu comportamento melhorava significativamente.

4.4 Diagnósticos e medicação

Na última semana de novembro de 2016, Carolina passou pela primeira consulta psiquiátrica, em que se queixou da forma como era tratada pelos colegas, da dificuldade de prestar atenção nas aulas e dos conflitos com o pai.

Como descrito até agora, a avaliação médica não foi a primeira opção da equipe no que se refere à análise ou entendimento dos sintomas de Carolina. Um dos motivos diz respeito justamente à compreensão de que a definição de um diagnóstico não seria suficiente para explicar ou solucionar as queixas da criança e daqueles que estavam em seu entorno. Essa visão parte dos pressupostos da psicanálise como fundamento de nossa atuação clínica, pois, como explica Bernardino (2021) ao citar Kammerer (1989), a abordagem psicanalítica permite um enriquecimento da clínica em relação à psicopatologia, ao permitir que o diagnóstico, mais do que visto, seja escutado. Em outros termos, essa abordagem permite que sejam escutadas as queixas subjetivas, emoções, pulsões e comportamentos que um diagnóstico descreve.

A partir da primeira consulta de Carolina, levantou-se a hipótese diagnóstica (HD) de CID-10 F90 – Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e F91 – Distúrbios de conduta. Como conduta medicamentosa, foi adotado o uso de Ritalina (cloridrato de metilfenidato) uma vez ao dia.

Cabe destacar que o discurso médico contemporâneo, representado pela psiquiatria biológica e pelas neurociências, define o TDAH com base na noção de déficit, incapacidade e disfunção atencional, motora e do controle da impulsividade.

Nesse cenário, se o tratamento estiver fundamentado apenas no comportamento observável entendido como disfuncional, sem levar em conta as funções psíquicas, haverá uma desarticulação entre corpo e subjetividade no processo de constituição do ser humano (Oliveira, 2019), o que não é possível do nosso ponto de vista.

Durante os atendimentos realizados no início do ano seguinte, 2017, Carolina demonstrou dificuldade de interação com pares; justificava o comportamento agressivo e explosivo como uma forma de reação à maneira como era tratada pelas pessoas, e passou a se queixar de *bullying*⁴⁷. Houve aumento na dosagem da medicação (duas vezes ao dia).

Em contrapartida, o pai atribuía o comportamento difícil da filha justamente ao uso da medicação. No mês de março de 2017, Carolina não frequentava mais o projeto no contraturno, por conta dos problemas de comportamento. Mostrava-se entristecida, mas também nervosa e irritada com tudo que estava acontecendo. Além da Ritalina, passou a fazer uso de Fluoxetina⁴⁸.

Após reuniões com a rede intersetorial, em maio de 2017, Carolina voltou a morar com a tia e, conseqüentemente, mudou de escola. Nas primeiras semanas, houve melhora significativa em seu comportamento. Entretanto, em agosto, queixas escolares voltaram a surgir, e a tia começou a cogitar a possibilidade de deixar Carolina voltar a morar com o pai, caso não houvesse mudança de comportamento. Os pais de outros alunos estavam exigindo que Carolina fosse expulsa da escola.

Por conta das inúmeras queixas, o CAPSij era solicitado a participar de reuniões com representantes da Secretaria de Educação frequentemente. Em uma dessas reuniões, a gestão escolar relatou que Carolina tentava fugir da escola, mexia nas coisas da professora e não estava fazendo uso da medicação. A Educação propôs que o tempo de permanência na escola fosse reduzido. Antes que a rede discutisse o caso e fizesse novos encaminhamentos, Carolina voltou a morar com o pai e retornou a uma das escolas onde já havia estado; além disso, no contraturno, passou a frequentar um projeto social para meninas.

⁴⁷ Os estudos sobre bullying convergem para três características principais: intencionalidade de causar danos, repetição e desequilíbrio de poder entre agressor e vítima. Pesquisadores apontam que o termo vem sendo usado e compreendido de forma individualista e simplista, baseado em culpabilização e vitimização, e gerando abordagens inadequadas para o enfrentamento do problema no ambiente escolar. Nesse sentido, cabe afirmar que “a utilização do termo, nega a historicidade social de tais práticas, despolitiza o debate e enfraquece seu enfrentamento profundo, em perspectiva temporal e interseccional” (Mezzalana et al., 2021; Viégas et al., 2023, p. 162).

⁴⁸ Cloridrato de Fluoxetina é indicado para o tratamento da depressão, associada ou não a ansiedade, é um inibidor seletivo da recaptação da serotonina, sendo este seu suposto mecanismo de ação.

Diante de tantas mudanças e do quadro de agitação, impulsividade e agressividade, a psiquiatra optou por reintroduzir a Ritalina e introduzir Haldol⁴⁹.

Em novembro de 2017, as queixas de comportamento haviam diminuído, ela fazia uso de Ritalina, Haldol e Fluoxetina, e as hipóteses diagnósticas eram TDAH, TDO e transtorno de ansiedade.

Em janeiro de 2018, o pai de Carolina havia suspenso o uso da medicação, mas, após consulta médica, foi inserida a Sertralina e mantida a Ritalina. Embora Carolina estivesse apresentando muitos problemas de relacionamento na escola e no CAPSi, seu pai via a escola como parceira. Registros de atendimentos mostram que a criança que se sentia rejeitada e inadequada também passou a apresentar comportamento agressivo no projeto social, além da dificuldade de socialização.

No mês de outubro de 2018, Carolina foi encaminhada à UBS do bairro, pois tentou se cortar com uma tesoura após ter sido chamada de javali. Em atendimento, a criança explicou que se cortou para não agredir o colega que teria dito que ela se casaria com um javali, porém, em reunião com a equipe escolar, o fato foi negado, pois, segundo a equipe, Carolina havia se cortado porque ficou frustrada com sua nota.

Nova reunião ocorreu com a rede com o objetivo de “discutir a demanda social apresentada por Carolina e os prejuízos causados dentro dos espaços que frequenta” (registro do prontuário), e pela primeira vez se cogitou a possibilidade de um acolhimento institucional, caso não houvesse mudança ou melhora na dinâmica familiar.

No final de 2018, o uso da medicação foi suspenso pelo médico do serviço, pois Carolina dizia estar conseguindo “**se controlar**”.

Em fevereiro de 2019, a escola voltou a se queixar do comportamento de Carolina e, de acordo com registros, a vice-diretora teria dito que a aluna “precisava de um remédio para se concentrar”. No mês de abril, Carolina voltou a morar com sua tia e passou por uma avaliação realizada pela médica da equipe. O diagnóstico proposto foi transtorno de ansiedade e TDAH. Como parte do tratamento, foi prescrita Fluoxetina, para ser tomada uma vez ao dia.

⁴⁹ Haloperidol é indicado para o alívio de transtornos do pensamento, do afeto e do comportamento. Causa sedação psicomotora eficiente, o que explica seus efeitos favoráveis na mania, agitação psicomotora e outras síndromes de agitação.

Destaco que, a partir desse momento, a tia assumiu uma postura mais proativa para lidar com os problemas de Carolina, o que resultou em ações mais rápidas por parte da rede diante das demandas que envolviam a criança e sua família.

4.5 Sofrimento

Nos meses seguintes, Carolina seguiu em acompanhamento no CAPSij, com atendimentos psicológico e psiquiátrico, além das atividades em grupo. O comportamento de Carolina nos grupos variava de acordo com os profissionais que conduziam a atividade e com os outros participantes: se ela tinha um bom vínculo com o profissional, as regras eram acatadas com mais facilidade, e os conflitos eram superados de maneira mais harmoniosa. Foram realizados atendimentos familiares, visitas domiciliares e reuniões com a escola sempre que se fez necessário. Registros de atendimentos mostram que Carolina expressava insatisfação sobre o modo como era tratada na escola, mencionando que era tratada de forma desigual, segundo ela, “com diferença” (*sic*). A partir do momento em que a tia assumiu uma postura mais ativa e rigorosa na condução de seus conflitos, a rede passou a responder mais prontamente às demandas que envolviam a criança e sua família.

Em junho, mais de uma reunião foi realizada tanto com a rede quanto com a escola, a fim de discutir questões relativas a Carolina, e em uma delas, inclusive, a criança teve a oportunidade de participar e opinar. Na ocasião, estava matriculada em período integral em uma escola próximo à residência da tia, onde já tinha estudado anteriormente. A escola levantou várias preocupações sobre o comportamento da estudante, questionando se a medicação estava sendo administrada corretamente.

Ademais, a escola afirmou estar oferecendo atividades diferenciadas e notou que a aluna conseguia realizar todas as tarefas quando estava sob supervisão. Durante uma das reuniões, foram discutidas diversas propostas de ação para ajudar Carolina. Entre elas, estava a ideia de fazer a lição de casa na escola, a possibilidade de ter um professor auxiliar, a revisão da medicação em conjunto com a família, reforço escolar duas vezes por semana, encaminhamento da tia para acompanhamento psicológico na UBS e realização de visitas escolares para observação do ambiente e interação de Carolina com os colegas e professores.

Conforme combinado com a rede, comecei a fazer visitas escolares a partir de agosto. Durante três meses, acompanhei Carolina quinzenalmente, durante todo o

horário de aula. A Secretaria de Educação providenciou uma professora de educação especial e outra auxiliar para apoiar Carolina nos demais dias da semana. Ela tinha muito afeto pela professora de educação especial, e a profissional também tinha bom vínculo com a criança. Pude observar que, em grupos pequenos, Carolina mostrava-se mais tranquila e participativa, mas também apresentava um comportamento mais autoritário, buscando sobressair-se sobre as outras crianças. Vale mencionar que, nos últimos meses do ano, uma professora substituta assumiu a turma de Carolina devido ao afastamento por licença médica da professora titular.

Devido à piora no comportamento de Carolina, sobretudo no ambiente doméstico, sua tia decidiu que não permaneceria com ela, e a criança voltou a morar com o pai. Em fevereiro de 2020, ela foi matriculada em uma nova escola, que oferecia o ensino fundamental II. Nesse período, em uma reunião com o CREAS, recebemos a notícia de que Carolina havia agredido uma colega em sala de aula, levando as mães de alguns alunos a procurar um advogado com o objetivo de tirar a aluna da escola.

Carolina expressou repetidamente, de várias maneiras, o sentimento de ser diferente e de ser tratada de maneira desigual. Uma das razões para isso estava ligada ao uso da medicação, que, como mencionado anteriormente, foi fornecida na escola durante um período. É o que pode ser observado nesses trechos:

[...] mas também porque [eu] tomava [meu] remédio dentro da escola. Então, isso era bem estranho para eles. E eles me tratavam de um jeito diferente, por isso era diferente. Eu era diferente.

[...]

No outro dia as pessoas achavam que eu era totalmente louca, psicopatia. Uma pessoa que tem psicopatia, porque no outro dia eu não estava nem aí para o que tinha acontecido no dia anterior. E se alguém falasse, eu falava: “ah tudo bem. Legal”. Por isso que a maioria das pessoas me julgam como louca (Carolina – Entrevista).

De acordo com Silva (2005, p. 131), autoconceito diz respeito à “maneira pela qual a pessoa organiza as percepções sobre si mesma, é um processo que começa no nascimento, desenvolve-se ao longo da vida, de acordo com as experiências vivenciadas do dia a dia”. Assim sendo, um conjunto de autopercepções forma o autoconceito e tem impacto no comportamento das pessoas. Esse conjunto

está relacionado à autovalorização, que pode ser positiva ou negativa, e serve como a base através da qual a pessoa interpreta o mundo ao seu redor.

O fato de ser atendida no CAPSij levou Carolina a acreditar que era vista como doida, tanto pelos alunos quanto pelos professores. Essa percepção ganhou força quando, devido aos diversos conflitos nos quais se envolveu na escola, mesmo após iniciar o uso da medicação, a equipe escolar sugeriu que o remédio não estivesse fazendo efeito ou que o pai de Carolina não estivesse administrando a medicação corretamente, propondo que o remédio fosse dado na escola. Esse fenômeno ressalta diversas pressões encontradas em muitas escolas para aderir a abordagens padronizadas de tratamento, enquanto simultaneamente atendem aos interesses comerciais da indústria farmacêutica (Oliveira, 2019).

A experiência de Carolina mostra que estar incluída, nesse contexto, era estar medicada, condição de sua permanência nesse lugar de produção de sujeitos produtivos, o que corresponde ao que Donzelot (1980) chamou de “convergência entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais” (p.105). Nesse contexto, a criança torna-se objeto de intervenção para uma prática (psiquiátrica) que pretende não mais limitar-se a gerir os reclusos, mas sim presidir à inclusão social. Assim, não é incomum que gestores exijam que os alunos sejam medicados na escola, com o intuito de garantir que haja conformidade da criança à escola e da família aos padrões sociais do que se espera de uma família.

Essa forma de controle, exercida em muitas escolas, segundo Foucault (2012), é uma tecnologia de poder (biopoder) que permeia todas as esferas da vida social. Ao transformar a população em um corpo político, o Estado exerce um controle sutil sobre os indivíduos, moldando seus corpos, mentes e comportamentos, a fim de os tornar sujeitos produtivos. Para Foucault:

O poder não tem função de afastar os homens da vida social, mas sim gerenciar a vida dos mesmos, controlá-los para aproveitar ao máximo suas potencialidades gerando um aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades [...] Portanto, essa relação de poder disciplinar desempenha na sociedade moderna um efeito positivo. Pois o intuito é deixar viver, acabando assim com as agonias do poder soberano. Entretanto notamos cada instituição criada com a finalidade de educar o corpo. Por isso notamos que cada uma possui sua função específica, as escolas para ensinar, as fábricas para produzir e as prisões para punir os delitos e reeducar o indivíduo para o convívio em sociedade. Foucault nos leva a pensar sobre as formas de controle da sociedade, pois o poder disciplinar busca dominar e disciplinar o corpo tornando-o dócil e fácil de manipular. No biopoder, o corpo já está disciplinado e o mais importante, individualizado (Silva, 2018, p. 29).

Os recortes abaixo mostram como a escola exigia da família e do CAPSij respostas assertivas acerca desse assunto.

Figura 4 – Cópia do prontuário

16/2/17 Escola realizou contato telefônico relatou que criança se envolveu em uma briga com outra criança e agrediu fisicamente a professora foi apartar a briga e também foi agredida. Escola acredita que o pai não está medicando a filha ou o remédio não está fazendo efeito necessário. Escola pede se possível pai ministrar a medicação na escola.

16/2/17 Assistente Social CAPS entra em contato solicitando informações a respeito do caso de K. Explicita que o caso foi discutido dia 02/17 e que por enquanto a escola continua em contato com CAPS i nesta data. Orienta que acriem o SAMU em situações de crise.

⇒ Entrar em contato com Conselho Tutelar e verificar se foram tomadas as medidas definidas em reunião ampliada 29/11/16.

Fonte: Prontuário CAPSij, 2015.

Quadro 7 - Trecho extraído da entrevista

16/02/2017

A escola realizou contato telefônico. Relatou que a criança se envolveu em uma briga com outra criança e agrediu fisicamente, a professora foi apartar a briga e também foi agredida. A escola acredita que o pai não está medicando a filha ou o remédio não está fazendo efeito necessário. A escola pede que se possível pai ministrar a medicação na escola.

Na obra *A polícia das famílias*, Donzelot (1980) aponta a escola e a família como instituições importantes no cumprimento dos propósitos da psiquiatria infantil. A escola foi estabelecida como uma instituição-padrão encarregada de detectar comportamentos antissociais manifestados no ambiente escolar. A família, por sua vez, foi apontada como a origem dos distúrbios, seja devido à sua suposta falta de

instrução ou à presença de anormalidades genéticas, sendo considerada a origem da doença e exigindo disciplina rigorosa ou até intervenção médica. Algumas escolas assumiram posturas rígidas com Carolina e sua família, contribuindo muito pouco para a relação família-escola e intensificando o sofrimento da criança.

Para Carolina, a escola deveria ter procurado entendê-la, entender seu sofrimento, como afirma:

Procurar me conhecer. Conhecer como eu estava ali, como... eu tive essas crises por quê? E tentar me ajudar. E não me rebaixar em nada, porque eram coisas que eles faziam, entende? Então, é bem triste (Carolina – Entrevista).

Carolina sentia-se incompreendida e desamparada, e, nesse sentido, encontrou diversas maneiras de mostrar e ao mesmo tempo se proteger desse sofrimento. O sofrimento que ela apontou ao relembrar suas experiências escolares e de vida ainda está presente em seu relato. Atualmente, Carolina se considera “uma pessoa mais quieta, mais triste, mais chorona”, conforme relato em entrevista. No ano de 2020, antes do início da pandemia, ela iniciou o ensino fundamental II, e conta que, na escola nova, a mãe de um aluno a viu e disse que não deixaria o filho naquela escola por conta dela. Esse tipo de situação já havia acontecido em outro momento, quando um grupo de mães foi até a escola pedir que ela fosse transferida por conta dos comportamentos agressivos com outros alunos.

Todos esses episódios remetem à ideia de trauma proposta por Martín-Baró, que, segundo ele, “define a especificidade de uma relação entre a sociedade e seus indivíduos” (Moreira; Guzzo, 2015, p. 575). O trauma psicossocial reflete as características de desumanização, neste caso, criadas a partir da relação de Carolina com as escolas por onde passou. O trauma psicossocial está associado à vivência de situações-limite, isto é, situações cotidianas que revelam a complexa relação entre o indivíduo e a sociedade, mostrando como a subjetividade é moldada por fatores sociais e, ao mesmo tempo, como o indivíduo pode contribuir para a transformação da sociedade. Certamente, o caso de Carolina contribuiu para diversas mudanças no modo como a escola e o serviço de saúde lidam com “crianças problema” e casos complexos, respectivamente. Contudo, é preciso que a mudança seja para todas as crianças e adolescentes que, assim como Carolina, sofrem e não são acolhidos, e, para isso, transformações no interior da escola e nos serviços de saúde são essenciais para que o público infantojuvenil tenha o direito à saúde e à educação assegurados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação buscou analisar as relações possíveis entre o CAPSij de Hortolândia e as escolas da rede municipal da cidade, visando compreender as tensões, impactos e soluções produzidas por essa parceria. As problematizações da parceria entre escola e CAPSij foram realizadas segundo os estudos de Patto (2022), Machado (1997) e Souza (2007), visando direcionar o olhar para os encaminhamentos que são produzidos pelos professores em relação aos alunos que precisam de atendimento especializado, segundo os encaminhamentos analisados. A análise aqui apresentada nos permitiu compreender e esquematizar o caminho que as crianças e adolescentes fazem entre a escola e o CAPSij até culminar na saída da escola, expulsão, desinteresse nos estudos e/ou desistência escolar.

Para isso, utilizou-se como metodologia o estudo de caso, em que buscamos olhar para o caso específico de uma adolescente encaminhada pela escola para o CAPSij. A análise dos encaminhamentos escolares e das sessões de terapia com a adolescente mostraram que a relação da escola com o serviço de saúde pauta-se sobretudo numa lógica de encaminhamentos, cuja demanda está relacionada às chamadas queixas escolares, isto é, problemas de aprendizagem e/ou comportamento.

Ao encaminhar uma criança ou adolescente ao atendimento do CAPSij, a escola tende a direcionar a responsabilidade da educação global (disciplinas, acolhimento, respeito, valores) a outra instituição (família, CAPSij, prefeitura...). Refletimos que a escola precisa, primeiro, conhecer qual é o papel dos serviços de saúde para, posteriormente, conseguir estabelecer parcerias, mesmo que essas parcerias sejam apontadas pelas políticas públicas de saúde voltadas para a educação.

Desse modo, os objetivos da pesquisa foram alcançados e serão apresentados a seguir:

- 1) Foi possível realizar um trabalho de parceria importante com uma das escolas onde Carolina, a adolescente em questão, estudou, na medida em que a escola compreendeu sua importância na melhora ou piora dos comportamentos da aluna de acordo com sua conduta;

- 2) Do ponto de vista da atuação do serviço de saúde, notou-se que o encaminhamento precoce de uma criança da atenção básica (UBS e USF) para o

serviço especializado (CAPSi) ocorre pela falta de orientação e/ou de profissionais nas unidades básicas de saúde e pela ausência de psicólogos na escola, como recomendam as legislações vigentes.

3) A pesquisa mostrou que não é possível tratar todos os alunos da mesma forma, tampouco silenciar conflitos que ocorrem no interior da escola com condutas medicalizantes. Alunos que não se submetem ao modo de funcionar da escola exigem um movimento não só desta ou do serviço de saúde, mas de toda a rede intersetorial, evidenciando que todos que atuam com a população infantojuvenil são responsáveis por assegurar seus direitos integralmente.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Roberta Melo de Andrade; CRUZ, Lorames Bispo dos Santos; SOARES, Emanuel Lima Silva. Políticas públicas em educação e o mal-estar docente. **Revista Brasileira de Educação**, v. 28, p. e280023, 2023.
- ALCÂNTARA, Vírnia Ponte; VIEIRA, Camilla Araújo Lopes; ALVES, Samara Vasconcelos. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 351-361, 2022.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, n. 43, p. 100-125, 1999.
- ALMEIDA, Jonas Rangel. O intelectual e a atitude crítica em Foucault: elementos para repensar o papel do educador. **Kínesis – Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em Filosofia**, v. 6, n. 11, p. 238-254. 2014.
- AMARELO. Intérprete: Emicida, Majur, Pablo Vittar. Sample: Belchior – Sujeito de Sorte. Compositor: Emicida, Felipe Vassão, Dj Duh. *In*: AMARELO. Intérprete: Emicida. Rio de Janeiro: Sony Music, 2019. 1 CD, faixa 11.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition) (DSM-III)**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition) (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition) (DSM-V-TR)**. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDALÓ, Carmem Silvia de Arruda. O papel do psicólogo escolar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 43-46, 1984. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931984000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2024.

ANDRÉ, Marli. O que é um estudo de caso qualitativo em educação?. **Revista da FAEBA: Educação e Contemporaneidade**, v. 22, n. 40, p. 95-103, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA. **O que é TDAH?**. 2016. Disponível em: www.tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah.html. Acesso em: 24 ago. 2024.

BARBARINI, Tatiana de Andrade. **A criança com TDAH na sociedade contemporânea**: redefinindo representações. Jundiaí, SP: Paco Editorial, 2015.

BARBOSA, Déborah Rosária. **Estudos para uma história da psicologia educacional e escolar no Brasil**. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. BARKLEY, Russell A. **ADHD and the nature of self-control**. London: The Guilford Press, 1997.

BERNARDINO, Leda Marisa Fischer. O psicanalista e as psicopatologias da infância. In: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria; VOLTOLINI, Rinaldo (org.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015. p. 55-68.

BRAGA, Sabrina Gasparetti; MORAIS, Maria de Lima Salum e. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 35-51, dez. 2007.

BRASIL. **Lei n. 14.819, de 16 de janeiro de 2024**. Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14819.htm. Acesso em: 21 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. 2020. Brasília, DF. Disponível em: <http://pse.mec.gov.br>. Acesso em: 13 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **CID-10**. Brasília, DF: DATASUS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE**: Programa Saúde na Escola: tecendo

caminhos da intersetorialidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, programas e relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, Franciele Aline Machado de *et al.* Violência autoprovocada em adolescentes no Brasil, segundo os meios utilizados. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 26, ago. 2021. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/76261%3B>. Acesso em: 13 maio 2024.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos.

Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, DF, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013.

BUCHWEITZ, Cláudia; MARI, Jair; KIELING, Christian. **Saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil: evidências para ação**. São Paulo: Fundação José Luiz Egydio Setúbal, 2020.

CABRAL, Estela; SAWAYA, Sandra Maria. Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde.

Estudos de Psicologia (Natal), Natal, v. 6, n. 2, p. 143-155, 2001.

CALAZANS, Roberto; MARTINS, Clara Rodrigues. Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. **Estilos da Clínica**, v. 12, n. 22, p. 142-157, 2007.

CALIMAN, Luciana Vieira *et al.* **A biologia moral da atenção: a constituição do sujeito (des)atento**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, p. 46-61, 2010.

CAMARGO, Sígilia Pimentel Höher; RISPOLI, Mandy. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. **Revista Educação Especial**, v. 26, n. 47, p. 639-650, 2013.

CAMPOS, Daniella Barbosa; BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salete Bessa. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2020, v. 18, n. 1, 2020.

- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CASTELA, Catarina Andrade. **Representações sociais e atitudes face ao autismo**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, 2013.
- CHAVES, Felipe Alan Mendes; CALIMAN, Luciana Vieira. Entre saúde mental e a escola: a gestão autônoma da medicação. **Revista Polis e Psique**, v. 7, n. 3, p. 136-160, 2017.
- COELHO, Daniel Menezes; SANTOS, Marcus Vinicius Oliveira. Apontamentos sobre o método na pesquisa psicanalítica. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 1, n. 1, p. 90-105, 2012.
- COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS, Maria Aparecida A. O profissional de saúde e o fracasso escolar. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Educação especial em debate. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 137-159.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Carta sobre a medicalização da vida. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subsídios para a campanha “Não à medicalização da vida”**: medicalização da educação. Buenos Aires: CFP, 2011. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf. Acesso em: 28 maio 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, DF: CFP, ago. 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicólogas(os) e assistentes sociais na rede pública de educação básica**: orientações para regulamentação da Lei n. 13.935, de 2019. 1. ed. Brasília: CFP, 2021.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 6ª REGIÃO – SÃO PAULO. **Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade**. São Paulo, 13 nov. 2010. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto_forum.aspx#:~:text=%C3%89%20neste%20contexto%20que%20se,da%20aprendizagem%20e%20do%20comportamento. Acesso em: 23 ago. 2024.
- CRUCES, Alacir V. V. Desafios e perspectivas para a psicologia escolar com a implantação das Diretrizes Curriculares. *In*: MARINHO-ARAÚJO, Claisy Maria (org.). **Psicologia escolar**: novos cenários e contextos de pesquisa, formação e prática. Campinas, SP: Alínea, 2009. p. 15-34.

- CRUCES, Alacir V. V.; MALUF, Maria Regina. Psicólogos recém-formados: oportunidades de trabalho e atuação na área educacional. *In*: CAMPOS, Herculano (org.). **Formação em psicologia escolar: realidades e perspectivas**. Campinas, SP: Alínea, 2007. p.163- 210.
- DE CÁSSIA MARCHI, Rita. O “ofício de aluno” e o “ofício de criança”: articulações entre a sociologia da educação e a sociologia da infância. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 23, n. 1, p. 183-202, 2010.
- DEL CONT, Valdeir. Francis Galton: eugenia e hereditariedade. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 201-218, jun. 2008.
- DEMARTINI, Zeila de B. F. Estudo 1: infância, pesquisa a relatos orais. *In*: FARIA, Ana Lúcia Goulart de; DEMARTINI, Zeila de B. F.; PRADO, Patrícia D. (org.). **Por uma cultura da infância: metodologias de pesquisa com crianças**. 3. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2009.
- DEMARTINI, Zeila de B. F. Infância, pesquisa e relatos orais. *In*: FARIA, Ana Lúcia Goulart; DEMARTINI, Zeila de B. F.; PRADO, Patrícia D. (org.). **Por uma cultura da infância: metodologias de pesquisa com crianças**. Campinas, SP: Autores Associados, 2002.
- DIAS, Érika; PINTO, Fátima C. F. A educação e a covid-19. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 28, n. 108, p. 545-554, 2020.
- DIAS, Helena Maria Melo; CECCARELLI, Paulo Roberto; MOREIRA, Ana Cleide Guedes. Situação de crise psíquica e desejo de saber. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 19, p. 70-83, 2016.
- DIAS, Jussara; GIOVANETTI, Márcia R.; SANTOS, Naila J. Seabra. **Perguntar não ofende**. Qual é a sua cor ou raça/etnia? Responder ajuda a prevenir. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/aids, 2009.
- DONOVAN, John; ZUCKER, Caren. **Outra sintonia: a história do autismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
- DONZELOT, Jacques. A polícia das famílias. *In*: **A polícia das famílias**. Tradução de M. T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- DORNELES, Beatriz Vargas *et al.* Impacto do DSM-5 no diagnóstico de transtornos de aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, p. 759-767, 2014.
- DOS SANTOS, Irene da Silva Fonseca; PRESTES, Reulcinéia Isabel; DO VALE, Antônio Marques. Brasil, 1930-1961: Escola Nova, LDB e disputa entre escola

pública e escola privada. **Revista HISTEDBR**, Campinas, SP, n. 22, p. 131-149, 2006.

DUARTE, Adriano Luiz. Moralidade pública e cidadania: a educação nos anos 30 e 40. **Educação & Sociedade**, v. 21, p. 165-181, 2000.

FACCHINETTI, Cristiana; MOTA, André; MUÑOZ, Pedro. A higiene mental no Brasil: racismo, eugenia e infância no Rio de Janeiro (anos 1920 a 1960). *In*: CAMPOS, Ricardo; RUPERTHUZ, Mariano (org.). **Higiene mental, psiquiatria y sociedad en Iberoamérica (1920-1960)**. Madrid: Catarata, 2022. p. 83-116.

FEE, Elizabeth; CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M. At the roots of the world health organization's challenges: Politics and regionalization. **American Journal of Public Health**, v. 106, n. 11, p. 1912-1917, Nov. 2016. DOI:

10.2105/AJPH.2016.303480. *Erratum in*: **American Journal of Public Health**, v. 106, n. 12, Dec. 2016.

FERNANDES, Conceição Santos; TOMAZELLI, Jeane; GIRIANELLI, Vania Reis. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. **Psicologia USP**, v. 31, 2020.

FOUCAULT, Michel. A propos de la généalogie de l'éthique: un aperçu du travail en cours. *In*: FOUCAULT, Michel. **Dits et écrits II, 1976-1988**. Paris: Quarto: Gallimard, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa e J. A. Guilhaon Albuquerque. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Sobre a sexualidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

FOUCAULT, Michel. Verdade, poder e si mesmo. *In*: FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos: ética, sexualidade, política**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. v. 5. p.287-293.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 31. ed, Petrópolis: Vozes, 2006.

FRELLER, Cintia C. Crianças portadoras de queixa escolar: reflexões sobre o atendimento psicológico. *In*: MACHADO, Adriana Marcondes; SOUZA, Marilene Proença Rebello de (org.). **Psicologia escolar: em busca de novos rumos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 63-78.

GARCIA, Ronaldo Aurélio Gimenes. Arthur Ramos e Durval Marcondes: higiene mental, psicanálise e medicina aplicadas à educação nacional (1930-1950).

Educação & Sociedade, v. 35, p. 951-966, 2014.

GARNICA, Tamiris P. B. **Representações sociais de professores sobre as “dificuldades de aprendizagem”**: efeitos de um processo de intervenção. 2018.

Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. v. 4.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria Helena M. de. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde.

Saúde Debate, v. 27, n. 65, p. 278-89, 2003.

GROS, Frédéric. Problematização. **Mnemosine**, v. 11, n. 2, p. 296-297, 2015.

GUARIDO, Renata. Notas acerca da medicalização. *In*: KAMERS, Michele;

MARIOTTO, Rosa Maria M.; VOLTOLINI, Rinaldo (org.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015. p. 303-313.

JANGO, Caroline F. **“Aqui tem racismo”**: um estudo das representações sociais e das identidades das crianças negras na escola. São Paulo: Livraria da Física, 2017.

KAMERS, Michele. Psicopatologia dos transtornos de comportamento. *In*: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa M. M.; VOLTOLINI, Rinaldo (org.). **Por uma (nova)**

psicopatologia da infância e da adolescência. São Paulo: Escuta, 2015. p. 267-288.

KEAN, Brian. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A controversial diagnosis.

Ethical Human Psychology and Psychiatry, v. 14, n. 1, p. 3, 2012.

KRIEGER, Fernanda Valle. **Refinando o diagnóstico de transtorno de oposição e desafio na infância e adolescência**: validação e caracterização da dimensão

irritável. 2015. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

- KWEE, Caroline Sianlian; Sampaio, Tania Maria Marinho; ATHERINO, Ciríaco Cristóvão Tavares. Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH. **Revista CEFAC**, v. 11, supl. 2, p. 217-226, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000600012>. Acesso em: 24 ago. 2024.
- LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. **Tratado de Saúde Coletiva**, v. 2, p. 615-34, 2006.
- LIMA, Ângela L. G.; PIRES, Márcia M. L. O. Esse tal “opositor desafiador”: aquele a quem não pode faltar. Apresentação no evento preparatório ao Congresso da APPOA em Goiânia, 13 set. 2019. **Correio APPOA**, v. 6, n. 9, out. 2019. Disponível em: https://appoa.org.br/correio/edicao/292/esse_tal_opositor_desafiador_aquele_a_quem_nao_pode_faltar/759. Acesso em: 24 ago. 2024.
- LIMA, Rossano Cabral. A construção histórica do autismo (1943-1983). **Ciências Humanas e Sociais em Revista**, v. 36, n. 1, p. 109-123, 2014.
- LIMA, Rossano Cabral. **Estamos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades**. Rio de Janeiro: Remule Dumará, 2005.
- LOPES, Bruna Alves. Autismo e culpabilização das mães: uma leitura de Leo Kanner e Bruno Bettelheim. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11.; WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 13., 2017, Florianópolis. **Anais eletrônicos**. Florianópolis: UFSC, 2018. Disponível em: http://www.en.wwwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1503543977_ARQUIVO_AUTISMO-E-CULPABILIZACAO-DAS-MAES-UMA-LEITURA-DE-LEO-KANNER-E-BRUNO-BETTELHEIM.pdf. Acesso em: 23 ago. 2024.
- LOPES, Bruna Alves. Autismo, narrativas maternas e ativismo dos anos 1970 a 2008. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 26, n. 3, p. 511-526, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0169>. Acesso em: 24 ago. 2024.
- LOPES, Janine R.; ABREU, Maria Celeste M. de; MATTOS, Maria Célia E. **Caderno do educador: alfabetização e letramento 1**. Brasília, DF: Ministério da Educação: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2010.
- LOPES, Juliana Silva; CORD, Denise. Medicalização. *In*: DIOGO, Maria Fernanda (org.). **Diálogos interdisciplinares em psicologia e educação**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2024. p. 124-129.

LOURAU, René. **Análise institucional e práticas de psicologia**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUCERO, Ariana; SOUZA, Isabela Maciel Cerqueira de; CITTADINO, Nathalia Sodré. A criança agressiva para além do transtorno oppositor desafiador (TOD). **Mnemosine**, v. 17, n. 1, 2021.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MACEDO, Luciano Sanfilippo de. **Representações e ações acerca das queixas escolares atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2017.tde-18072017-165859>. Acesso em: 4 maio 2024.

MACHADO, Adriana Marcondes; SOUZA, Marilene Proença Rebello de (org.). **Psicologia escolar**: em busca de novos rumos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

MACHADO, Jardel Pelissari; PAN, Miriam Aparecida Graciano de Souza. Do nada ao tudo: políticas públicas e a educação especial brasileira. **Educação & Realidade**, v. 37, n. 1, p. 273-294, 2012.

MARIOTTO, Rosa Maria M. Diagnósticos e tratamento de crianças em tempos de medicalização. In: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria M.; VOLTOLINI, Rinaldo (org.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015. p. 288-303.

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. Guerra y salud mental. **Papeles del Psicólogo**, Madrid, España, v. 56, 1993.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Breve história das classificações em psiquiatria. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERThesis**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 74-91, jan.-abr. 2019.

MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. Lisboa: Antígona, 2014.

MERCADANTE, Jefferson. **A psicanálise entre a higiene mental e a Escola Nova na obra de Arthur Ramos**: contribuições à história da educação no Brasil. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação Escolar) – Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Araraquara), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2015.

MEZZALIRA, Adinete Sousa da Costa; FERNANDES, Thatyanny Gomes; SANTOS, Cyntia Maria Loiola dos. Os desafios e as estratégias da psicologia escolar no enfrentamento do *bullying*. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 25, 2021.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392021237016>. Acesso em: 14 ago. 2024.

MINAYO, Maria Cecília; COSTA, António Pedro. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, n. 40, p. 11-25, 2018.

MOREIRA, Ana Paula G.; GUZZO, Raquel S. L. Do trauma psicossocial às situações-limite: a compreensão de Ignacio Martín-Baró. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 3, p. 569-577, jul.-set. 2015.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima.

Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos. *In*: COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DO CRP-RJ (org.). **Direitos Humanos: O que temos a ver com isso?**. Rio de Janeiro: CRP-RJ, 2007. p. 153-168.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Novos modos de vigiar, novos modos de punir: a patologização da vida. **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 57, p. 31-44, 2020.

MOYSÉS, Maria Aparecida Afonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. O lado escuro da dislexia e do TDAH. *In*: FACCI, Maria Gonçalves Dias; MEIRA, Maria Eugênia Melillo; TULESKI, Silvana Calvo (org.). **A exclusão dos incluídos: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos**. Maringá: EDUEM, 2011. p. 103-153.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, p. 95-120, 2010.

OLIVEIRA, Sérgio Sócrates Baçal de. **Psicanálise e medicalização de crianças na escola**. 2019. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2019.

PASSEGGI, Maria da Conceição; NASCIMENTO, Gilcilene; RODRIGUES, Senadaht. Narrativas de crianças sobre a escola: desafios das análises. **Revista Lusófona de Educação**, v. 40, n. 40, 2018.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Universidade de São Paulo: Instituto de Psicologia, 2022.

- PIZZINATO, Adolfo *et al.* **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.
- POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- PRATA, Maria Regina dos Santos. A produção da subjetividade e as relações de poder na escola: uma reflexão sobre a sociedade disciplinar na configuração social da atualidade. **Revista Brasileira de Educação**, n. 28, p. 108-115, 2005.
- PRATA, Nina Isabel Soalheiro dos Santos *et al.* Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 33-53, 2017.
- RAFALOVICH, Adam. **Framing the ADHD child**: History, discourse and everyday experience. 2002. Doctoral Thesis (Anthropology) – University of British Columbia, Vancouver, 2002.
- RODRIGUES, Ruth Meyre Mota. **Os bem-nascidos**: racismo, eugenia e educação no Brasil. 1. ed. Coleção Educação e Pedagogia. Curitiba: Appris, 2023.
- SANTOS, Patricia Leila dos. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso: em 23 ago. 2024.
- SAVIANI, Dermeval. O paradoxo da educação escolar: análise crítica das expectativas contraditórias depositadas na escola. In: SAVIANI, Dermeval. **O lunar de Sepé**. Campinas, SP: Autores Associados, 2014. p. 85-99.
- SCHMIDT, Carlo. Temple Grandin e o autismo: uma análise do filme. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 18, p. 179-194, 2012.
- SCHRAG, Peter; DIVOSKY, Diane. **The myth of the hyperactive child & other means of control**. New York, NY: Pantheon Books, 1975.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. Fundamentos ético-políticos da educação no Brasil de hoje. In: LIMA, Júlio C. F.; NEVES, Lúcia M. W. (org.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 289-320.
- SILVA, Duciélma Rocha. Biopoder na concepção de Michel Foucault: o poder do Estado no controle da sociedade. **Periagoge**, v. 1, n. 1, p. 20-30, 2018.

- SILVA, Maria Lucia. Racismo e os efeitos na saúde mental. *In*: BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana (org.). **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 129-132.
- SIMON, Ryad. Psicoterapia preventiva da família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 9, p. 16-18, 1989.
- SOUZA, Beatriz de Paula (org.). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Problemas de aprendizagem ou problemas na escolarização? *In*: SILVA, Divino José da; LIBÓRIO, Renata Maria Coimbra (org.). **Valores, preconceito e práticas educativas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- SOUZA, Soraya; ARCHANGELO, Ana; MENDONÇA, Lilian Cardozo de. Do desamparo original à construção dos modos de vulnerabilidade e suas vicissitudes na Escola. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 27, p. e230315, 2024.
- SPOSATI, Aldaíza. Inclusão produtiva urbana: experiências, desafios e resultados. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, Brasília, v. 19, p. 9-21, 2014.
- SPOSATI, Aldaíza. Intersetorialidade(s) na ação de serviços sociais públicos: presença e complementaridade. **Serviço Social & Sociedade**, v. 79, p. 79-92, 2004.
- TAMANO, Luana Tieko Omena. A higiene mental ronda a infância: a Clínica de Eufrenia e o Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental, 1934-1939. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 29, p. 145-164, 2022.
- TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Cadernos da AATR-BA**, Bahia, p. 1-11, 2002.
- Disponível em:
http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.
- THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, p. 360-372, 2014.

TORQUATO, Luciana Cavalcante. História da psicanálise no Brasil: enlaces entre o discurso freudiano e o projeto nacional. **Revista de Teoria da História**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 47-77, 2015.

TOURINHO, Maria Berenice Alho da Costa; SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Políticas públicas intersetoriais de saúde e educação: a transversalidade da proposta ético-política como desafio para a psicologia escolar. In: SOUZA, Marilene Proença Rebello de (org.). **Psicologia escolar e políticas públicas para a Educação Básica na América Latina**: pesquisas, impasses e desafios. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2021.

TRAVAGLIA, Aline A. da S. Psicanálise e saúde mental, uma visão crítica sobre psicopatologia contemporânea e a questão dos diagnósticos. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 31-49, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO *et al.* **Violência e preconceitos na escola**: contribuições da psicologia. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2018.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2006.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; GRAMKOW, Gabriela. Pistas para um agir criável nas experiências de conflito. **ETD – Educação Temática Digital**, Campinas, SP, v. 20, n. 2, p. 368-390, 2018. DOI: 10.20396/etd.v20i2.8650659.

Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/8650659>. Acesso em: 20 ago. 2024.

VIÉGAS, Lygia de Sousa; OLIVEIRA, Elaine Cristina de; MESSEDER NETO, Hélio da (org.). **Existirmos, a que será que se destina?** Medicalização da vida e formas de resistência. Salvador: EDUFBA, 2023. Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/39226>. Acesso em: 24 ago. 2024.

VOLTOLINI, Rinaldo. Saúde mental e escola. In: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Educação. Coordenadoria Pedagógica. Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem. **Caderno de debates do NAAPA**: questões do cotidiano escolar. São Paulo: SME: COPED, 2016.

WERNER JR., Jairo. **Transtornos hiperkinéticos**: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado. 1997. Tese (Doutorado em Ciências Médicas,

Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1997.

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. ZANDONÁ, Luísa Bianchi. Manejando a crise: uma proposta ético-inventiva. **ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 6, n. 2, p. 197-210, 2016.

ZARIFIAN, Édouard. Um diagnóstico em psiquiatria: para quê? *In*: LACAN, Jacques *et al.* **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 45-51.

ZORZANELLI, Rafaela T.; CRUZ, Murilo G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018.

ANEXO 1

Roteiro de Entrevistas

1. Você se lembra quando começou a vir ao CAPSij? Poderia me contar o que lembra de situações que viveu aqui?
2. E na escola, você teria alguma coisa para me contar sobre a sua história nas escolas por onde já passou?
3. E na sua vida, o que você poderia me contar sobre o que viveu até hoje?
4. Você acha que tem alguma coisa errada com você? Por que acha que passou por essas situações?
5. Enquanto respondia às perguntas, você se lembrou de mais alguma coisa que gostaria de contar?

ANEXO 2

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE): modelo para crianças e adolescentes (maiores que 6 anos e menores de 18 anos) e para legalmente incapaz.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **Para além do diagnóstico: revisitando possibilidades de aproximação entre o serviço de saúde mental e a escola**, coordenada pela professora Lilian Cristine Ribeiro Nascimento e realizada pela pesquisadora Paola Cristina Nogueira Xavier – Telefone: (19) 3897-1719. Seus pais permitiram que você participasse. Queremos saber o que você pensa do CAPSij e da escola onde estuda e que nos conte experiências que viveu nesses lugares. Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. As crianças que irão participar desta pesquisa têm entre 7 e 12 anos de idade. A pesquisa será feita no Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil de Hortolândia, onde as crianças responderão algumas perguntas sozinhas. Para isso, será usado um roteiro de perguntas, que serão respondidas por você, ele é considerado seguro, mas é possível que você não se sinta à vontade para responder a alguma pergunta, neste caso, você poderá se recusar. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone que tem no começo do texto. Mas há coisas boas que podem acontecer, as suas respostas poderão contribuir com práticas de promoção da saúde mental nas escolas de educação que deixarão a escola um lugar melhor para se estar. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa serão primeiramente divulgados às crianças que participaram da pesquisa, suas famílias e a equipe do Centro de Atenção Psicossocial onde será realizada a pesquisa, mas sem identificar as crianças que participaram.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, aceito participar da pesquisa **Para além do diagnóstico: revisitando possibilidades de aproximação entre o serviço de saúde mental e a escola**. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a

qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar com raiva de mim. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Cidade, _____ de _____ de _____.

Assinatura da criança/adolescente

Assinatura do pesquisador
responsável

ANEXO 3**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Título da pesquisa:**

Para além do diagnóstico: revisitando possibilidades de aproximação entre o serviço de saúde mental e a escola

Nome do(s) responsável(is): Paola Cristina Nogueira Xavier

Lilian Cristine Ribeiro Nascimento

Número do CAAE: 44458621.3.0000.8142

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Esta pesquisa tem como objetivo compreender, a partir da perspectiva das crianças/adolescentes que frequentam o CAPSij e as escolas municipais de Hortolândia, a relação que há entre esses dois serviços públicos e como um atendimento compartilhado, incluindo a fala das crianças/adolescentes, poderia favorecer o desenvolvimento do processo de escolarização.

Procedimentos:

Participando do estudo, seu/sua filho/filha estará sendo convidado/a a responder a cinco perguntas, que poderão ser respondidas da forma que ele/a desejar, não há uma resposta certa. Para isso, serão realizados de dois a três encontros, com duração de 60 a 90 minutos, incluindo um encontro de devolutiva, onde os dados colhidos serão apresentados para os participantes. Os encontros acontecerão no Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil de Hortolândia. O conteúdo das entrevistas será gravado, cujo acesso será feito apenas pelas pesquisadoras. O material será armazenado em *drive* pessoal da pesquisadora protegido por senha, por 5 anos após a conclusão do estudo.

Desconfortos e riscos:

A pesquisa não apresenta riscos previsíveis, no entanto, pode ocorrer de o participante sentir-se constrangido em algum momento. Durante e após as entrevistas, suas transcrições e leitura das mesmas, os participantes terão a possibilidade de não autorizarem que os dados coletados sejam divulgados, como também poderão retirar-se da pesquisa sem prejuízo moral, psíquico e econômico.

Benefícios:

Não há benefícios diretos para os participantes da pesquisa, mas a pesquisa poderá contribuir para minimizar o mal-estar da criança no espaço escolar, em parceria com o serviço de saúde mental

Acompanhamento e assistência:

Seu filho tem o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Você e seu filho terão direito ao acesso aos resultados da pesquisa sempre que solicitado. O participante poderá ser descontinuado da pesquisa se desejar.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que a identidade de seu/sua filho/a será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, o nome do seu filho não será citado.

O estudo será realizado em data e horário previamente acordado, de modo que não altere a sua rotina ou a de seu/sua filho/filha. As despesas com transporte e alimentação serão ressarcidas integralmente pela pesquisadora. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: **Paola Cristina Nogueira Xavier**, Psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) **Endereço:** Rua João Cancian, 161. Parque Ortolândia – 13184-100 – Hortolândia, SP – Brasil – **Telefone:** (19) 3819-6852 ou **Lilian Cristine Ribeiro Nascimento**, Docente da Faculdade de Educação **Endereço:** Avenida Bertrand Russell, Cidade Universitária – 13083-865 – Campinas, SP – Brasil – **Telefone:** (19) 99201-2597. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@unicamp.br. Em havendo a necessidade da intermediação da comunicação ser acessível em Libras você pode fazer contato com a Central TILS da Unicamp no site <https://www.prg.unicamp.br/tils/>.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante da pesquisa:

Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante da pesquisa ou nome e assinatura do seu
RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução n. 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

(Assinatura do pesquisador)

Data: ____/____/____.